

Rapport

# Udbud af den præhospitale indsats – hvordan sikres kvalitetsudvikling og innovation?



Iben Emilie Christensen, Sarah Wadmann, Pia Kürstein Kjellberg og Jakob Kjellberg

*Udbud af den præhospital indsats – hvordan sikres kvalitetsudvikling og innovation?*

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-48-5

Layout: 1508

Forsidefoto: Mads Wedel-Ibsen

Projekt: 11355

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

Reddernes Udviklingssekretariat (RUS) har ønsket en undersøgelse af, hvordan og hvorvidt kvalitetsudvikling og innovation indgår i de regionale præhospitale udbud, og hvordan man evt. fremadrettet vil kunne indarbejde det. Dette med henblik på at sikre fortsat udvikling af ambulancetjenesten i Danmark.

VIVE har foretaget en gennemgang af de seneste udbud i de fem regioner og afholdt interview med de præhospitale direktører og ambulancepersonalet fra samtlige regioner samt med leverandører og forskere/særlige videnspersoner. Vi har fokuseret på og undersøgt udbudstype og styringsform, samt hvordan og hvorvidt de regionale udbud understøtter kvalitet, kvalitetsudvikling og innovation generelt og specifikt i forhold til følgende fire emner:

- Teknologisk innovation
- Behandlingsmæssig innovation
- Organisatorisk innovation
- Uddannelsesmæssig innovation.

De fire emner er specifikke emner, som RUS har ønsket, at vi satte fokus på i undersøgelsen.

Tak til alle interviewpersoner for gode bidrag ved interview. Tak til RUS og vores eksterne reviewere for konstruktiv kritik af tidlige rapportudkast.

*Forfatterne*  
2018

# Indhold

Resumé.....	5
1 Indledning.....	7
1.1 Baggrund.....	7
1.2 Formål.....	8
1.3 Nøglebegreber.....	8
1.4 Metode og datagrundlag.....	9
1.5 Rapportens opbygning.....	9
2 Metode og datagrundlag.....	10
2.1 Dokumentanalyse.....	10
2.2 Interview.....	10
3 Udbudstype og styringsmodel.....	12
3.1 Udbudstype.....	12
3.2 Styringsmodeller.....	13
3.3 Opsummering.....	14
4 Kvalitet, kvalitetsudvikling og innovation i regionernes udbud.....	15
4.1 Kvalitet.....	15
4.2 Forskning og udvikling.....	16
4.3 Teknologisk innovation.....	19
4.4 Behandlingsmæssig innovation.....	20
4.5 Organisatorisk innovation.....	21
4.6 Uddannelsesmæssig innovation.....	23
4.7 Arbejdsmiljø.....	26
4.8 Opsummering.....	27
5 Tværgående diskussion.....	29
5.1 Kvalitetsudvikling og innovation i de regionale udbud.....	29
5.2 Barrierer og udfordringer.....	29
5.3 Hvordan sikres kvalitet og innovation i udbud fremadrettet?.....	32
5.4 Opsummering.....	33
6 Konklusion og anbefalinger.....	34
Litteratur.....	35
Bilag 1 Interviewguide.....	37

# Resumé

Reddernes Udviklingssekretariat (RUS) har ønsket en undersøgelse af, hvordan og hvorvidt kvalitetsudvikling og innovation indgår i udbud af den præhospitale indsats, og hvordan man evt. fremadrettet vil kunne indarbejde det. Dette er med henblik på at sikre fortsat udvikling af ambulance-tjenesten i Danmark.

Udbud af den præhospitale indsats er i Danmark sket siden 2010, hvorfor der stadig pågår en læringsproces i forhold til at finde de modeller, der giver de bedste langsigtede resultater. Generelt er der enighed blandt informanterne i undersøgelsen om, at udbuddene har bidraget til en betydelig effektivisering af driften, men der stilles også spørgsmålstejn ved, om produktivitsudvikling er sket på bekostning af fx arbejdsmiljø, kvalitetsudvikling og innovation, som er elementer, der kan være svære at definere og måle på, hvorfor de er vanskelige at håndtere i en udbudssituation.

Undersøgelsen fokuserer på fire særlige emnefeltter: teknologisk innovation, behandlingsmæssig innovation, organisatorisk innovation og uddannelsesmæssig innovation. Endvidere behandles ambulancepersonalets arbejdsmiljø, fordi det fyldte meget ved interview.

**Teknologisk innovation** understøttes generelt set godt via de regionale udbud. Samtlige regioner har formuleret klare mindstekrav til udstyr og materiel. Der er enkelte variationer mellem regioner, men generelt opleves regionerne som ambitiøse på dette område. Et område, der *kan* understøttes på lignende vis, hvis der er ønske om det, er ambulancestationerne. Interviewpersonerne vurderer samstemmende, at de i perioden for de præhospitale udbud har fået en mere midlertidig karakter. Dette skyldes hovedsageligt et behov for mere mobile enheder – altså at stationerne kan flyttes til andre områder efter behov. I det omfang, der findes områder, hvor man mere permanent forventer at have en station, kan det overvejes, om stationerne skal være del af udbuddene eller løftes op som et regionalt ansvar for derved at kunne arbejde med en langsigtet investeringsstrategi.

**Behandlingsmæssig innovation** understøttes ikke direkte af de regionale udbud. Emnet er kun overordnet beskrevet – fordi det er svært definerbart. Det er derfor i vid udstrækning op til regionerne at sørge for, at der sker innovation på området. Det er en opgave, der skal løses ved siden af de enkelte udbud, evt. i samarbejde mellem regioner for at sikre koordination og gensidig vidensudveksling.

**Organisatorisk innovation** understøttes forskelligt, alt efter om regionerne anvender en beredskabsmodel (tre regioner) eller en responstidsmodel (to regioner). I responstidsmodellen ligger der et konkurrenceparameter i, hvordan man som leverandør organiserer sig mest hensigtsmæssigt med henblik på at opnå de ønskede responstider. I beredskabsmodellen er dette regionens ansvar, og konkurrenceparametrene omhandler i stedet, hvem der kan levere det bedste og billigste beredskab. Ambulancepersonalet oplever, at der er langt til dem, der træffer beslutningerne i beredskabsmodellen. Modellen stiller store krav til regionerne om at have indsigt i produktionen og ambulancepersonalets arbejdsvilkår for at få det til at fungere optimalt. Her savner ambulancepersonalet et mere direkte link til regionen, således at de kan anvende og aktivere ambulancepersonalets viden som afsæt for en hensigtsmæssig organisering og udvikling af området.

**Uddannelsesmæssig innovation** er utilstrækkeligt koordineret i de regionale udbud. Det er kun tre regioner, der specificerer krav til elevoptag i udbudsmaterialet – og her spænder niveaet fra 2 % af de samlede årsværk i Region Syddanmark til 10 % i Region Sjælland. Interviewpersonerne påpeger, at dette er uholdbart, og at der bør lægges en national plan for området. Det samme bør i henhold til interviewpersonerne ske på området for efter- og videreuddannelse.

**Arbejds miljø** fyldte meget for især ambulancepersonalet. De oplever, at arbejdsmiljøet er blevet forringet, blandt andet som følge af den større afstand, der er kommet mellem dem, der laver arbejdet, og dem, der træffer beslutningerne. Det handler for eksempel om at huske at tage hensyn til, at ambulancepersonale, der har været hårdt psykisk eller fysisk belastet, får mulighed for at blive skærmet i en periode. Det fremstår som vigtigt at afklare, hvordan og hvorvidt hensyn til arbejdsmiljø mere direkte kan adresseres i de regionale udbud. Samtidig vil det – uagtet hvad der evt. kan præciseres – være vigtigt, at der etableres en løbende dialog, således at udfordringer på arbejdsmiljøområdet kan diskuteres og håndteres for derved også at sikre en kultur, hvor kortsigtede gevinster i kontraktperioden ikke sker på bekostning af mere langsigtede mål.

### **Fokuspunkter for fremtidige udbud**

I forhold til den løbende innovation og kvalitetsudvikling finder undersøgelsen, at der, efter kontrakten er indgået, er meget lille incitament til at satse på forskning, innovation og udvikling. Her kunne det være en mulighed i højere grad at tænke i innovationspuljer i fremtidige udbud af den præhospitale indsats, hvor det sikres, at der afsættes tid, økonomi og ressourcer til innovation og kvalitetsudvikling i løbet af kontraktperioden.

For at indarbejde kvalitetsudvikling og innovation i højere grad i præhospitale udbud fremadrettet, viser undersøgelsen, at følgende med fordel kan overvejes som mulige tiltag:

- Tværregional afklaring af, hvor mange elever der skal optages for at sikre et bæredygtigt beredskab, og herunder hvor mange der skal optages i hver region.
- Tydelig specificering af krav til elevoptaget i udbudsmaterialet i den enkelte region.
- Tværregional afklaring af kompetence- og uddannelsesprofiler for det præhospitale beredskab.
- Tydeliggørelse af de krav, der stilles i forhold til ambulancepersonalets efter- og videreuddannelse i de enkelte udbud.
- Regionale planer for udvikling af det præhospitale område som ramme for de præhospitale udbud.
- Tydelig præcisering af ansvarsfordelingen mellem regioner og leverandører i udbudsmaterialet og regional sikring af, at de ikke-udbudsegne udviklingsopgaver varetages i andet regi.
- Beskrivelse af de krav, der stilles til forskning og innovation i udbudsmaterialet.
- Øremærkede forskningsmidler til det præhospitale område.
- Etablering af en proces, der sikrer medarbejderinddragelse i forbindelse med udarbejdelse af udbudsmaterialet.

# 1 Indledning

I Danmark er der i øjeblikket stor interesse for, hvordan regionerne hensigtsmæssigt kan tilrettelægge deres udbud af den præhospitale indsats. Den præhospitale indsats henviser til indsatsen inden ankomst til sygehus over for akut syge, tilskadekomne og fødende (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016a).

I denne kontekst har Reddernes Udviklingssekretariat, (herefter benævnt RUS) ønsket en undersøgelse af, hvordan og hvorvidt kvalitetsudvikling og innovation indgår i de regionale udbud af den præhospitale indsats for at sikre fortsat udvikling af ambulancetjenesten i Danmark.

I dette kapitel beskrives undersøgelsens baggrund, formål og metode, og der gives en vejledning til rapportens struktur.

## 1.1 Baggrund

Udbud på det præhospitale område er en forholdsvis ny udvikling, som blev igangsat da Klagenævnet for Udbud i 2003 afsagde en kendelse, der betød, at al patienttransport, herunder ambulancekørsel og liggende patienttransport, blev anset for udbudspligtigt (Region Syddanmark 2007a). Kendelsen gjorde op med en tidligere opfattelse af, at den akutte patienttransport var en del af sygehusbehandlingen og dermed kunne undtages fra udbud. På den baggrund og ud fra et ønske om at skabe konkurrence på et monopollignende marked stillede Konkurrencestyrelsen krav om, at ambulancetjenesten skulle bringes i udbud (Region Syddanmark 2007a, Region Midtjylland 2007). Ifølge opgørelser fra Rigsrevisionen stod Falck i 2007 for cirka 90 % af ambulancedriften i Danmark (Rigsrevisionen 2013). I forbindelse med Strukturreformen i 2007 overtog regionerne det præhospitale område fra amterne, og fra 2010 havde alle regioner gennemført deres første udbud på det præhospitale område og indgået regionale kontrakter på området (Rigsrevisionen 2013).

I forbindelse med udbuddene er der set en tendens til, at regionerne har hjemtaget dele af opgaven med tilrettelæggelse og levering af den præhospitale indsats, blandt andet har nogle regioner hjemtaget opgaven med disponering af præhospitale ressourcer. Tilrettelæggelsen af udbuddene, herunder valget af kontrakttype, har haft den konsekvens, at de udbudte opgaver er meget detaljeret beskrevet, bl.a. for at undgå klager fra tilbudsgiver, og konkurrencen reduceret til, at entreprenørerne kunne tilrettelægge og gennemføre de beskrevne opgaver på den mest teknisk effektive måde. Det reducerer leverandørernes mulighed for at kunne konkurrere på parametre som kvalitet og innovation og lægger dermed også et større ansvar for udvikling og innovation over på regionen.

RUS har på denne baggrund ønsket en undersøgelse af, hvordan og hvorvidt kvalitetsudvikling og innovation indgår i de regionale udbud af den præhospitale indsats, hvilke barrierer der er for at udarbejde det, og hvordan man fremadrettet kan arbejde med at inkludere det. Dette med henblik på at sikre fortsat udvikling af ambulancetjenesten.

## 1.2 Formål

Formålet med denne undersøgelse er at beskrive, hvordan og hvorvidt kvalitetsudvikling og innovation indgår i de præhospitale udbud, og hvordan man evt. fremadrettet vil kunne indarbejde det. Dette med henblik på at sikre fortsat udvikling af ambulancetjenesten i Danmark.

Undersøgelsen har dermed til hensigt at beskrive:

- hvordan særlige elementer af tilrettelæggelsen af udbuddene har betydning for kvalitet og innovation (fx valg af styringsmodel)
- hvordan og hvorvidt innovation og kvalitetsudvikling er indarbejdet i de regionale udbud
- hvilke barrierer og udfordringer der er i forbindelse med at indarbejde innovation og kvalitetsudvikling i udbud
- hvilke tiltag der kan bidrage til fremadrettet at sikre innovation og kvalitetsudvikling i udbud af den præhospitale indsats.

Vi fokuserer efter aftale med RUS på følgende temaer:

- Teknologisk innovation
- Behandlingsmæssig innovation
- Organisatorisk innovation
- Uddannelsesmæssig innovation.

Hertil kan der komme andre emner, som interviewpersonerne finder det relevant at behandle.

## 1.3 Nøglebegreber

*Kvalitet(sudvikling)* og *innovation* er nøglebegreber i denne undersøgelse. Ifølge Sundhedsstyrelsens terminologi kan kvalitetsbegrebet operationaliseres i følgende tre termer:

- *"Patientoplevelset kvalitet, der omfatter brugernes tilfredshed og opfattelse/oplevelse af kontakten med sundhedsvæsenet.*
- *Faglig kvalitet, der omfatter de sundhedsfaglige kerneydelser: diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse.*
- *Organisatorisk kvalitet, der omfatter arbejdets tilrettelæggelse, samarbejdsrelationer, sammenhæng i patientforløbet og effektiv ressourceudnyttelse"* (Sundhedsstyrelsen 2000).

Alle tre former for kvalitet er, ifølge Sundhedsstyrelsen, nødvendig for at sikre høj kvalitet (Sundhedsstyrelsen 2000).

Innovation refererer typisk til udvikling og implementering af nye teknologier og processer eller brug af kendte teknologier og processer på en ny og værdiskabende måde (Innovationsfonden).

Vi operationaliserer i denne rapport teknologisk, behandlingsmæssig, organisatorisk, og uddannelsesmæssig innovation som beskrevet i Tabel 1.1:



**Tabel 1.1** Oversigt over innovationstyper i undersøgelsen

Innovationstype	Operationalisering af begreb
Teknologisk innovation	Ved teknologisk innovation forstås udvikling af konkret udstyr og andre teknologiske løsninger.
Behandlingsmæssig innovation	Med behandlingsmæssig innovation menes innovation i forhold til, hvem der varetager hvilken behandling, og hvornår den kan igangsættes i forhold til kompetencer og ansvarsfordeling samt udvikling og ibrugtagning af nye interventioner/administrationsformer.
Organisatorisk innovation	Ved organisatorisk innovation forstås arbejdstilrettelæggelser såsom vagtformer, samarbejdsrelationer, ressourceudnyttelse og disponeringsbeføjelser.
Uddannelsesmæssig innovation	Med uddannelsesmæssig innovation menes elevuddannelse (herunder elevpladser), samt efter- og vedligeholdelsesuddannelse.

## 1.4 Metode og datagrundlag

Undersøgelsen er tilrettelagt som en komparativ, kvalitativ undersøgelse, som bygger på en kombination af dokumentanalyse og interview. Der er foretaget en systematisk gennemgang af regionernes udbudsmateriale fra seneste udbudsproces af den præhospitale indsats. Endvidere er der gennemført interview med a) de præhospitale direktører, b) repræsentanter for ambulancepersonaler fra alle regioner, c) repræsentanter for leverandørerne og d) to forskere/eksperter.

## 1.5 Rapportens opbygning

Rapporten er struktureret i fem kapitler. Kapitel 2 giver en nærmere beskrivelse af de metoder, der er anvendt ved interview og dokumentanalyse. Kapitel 3 giver en præsentation af de regionale udbud (udbudstype og styringsform). Kapitel 4 beskriver, hvordan kvalitet, kvalitetsudvikling og innovation er indarbejdet i de regionale udbud. I kapitel 5 er der en tværgående diskussion, og rapporten afsluttes med en konklusion i kapitel 6.

## 2 Metode og datagrundlag

I dette kapitel beskrives analysens metode og datagrundlag.

### 2.1 Dokumentanalyse

Der er foretaget en gennemgang af udbudsmaterialet fra det seneste udbud af den præhospitale indsats i hver region. Udbudsmaterialet er forud for interview gennemgået systematisk med henblik på at beskrive, a) udbudstype og styringsmodel samt b) hvordan og hvorvidt kvalitet, kvalitetsudvikling og innovation er indarbejdet i det enkelte udbud. Vi har gennemgået deres beskrivelser af og krav til kvalitet, forskning og innovation samt de fire forud definerede temaer, som vi ønskede at sætte fokus på i undersøgelsen: teknologisk innovation, behandlingsmæssig innovation, organisatorisk innovation og uddannelsesmæssig innovation. Samtidig har der været en åbenhed over for evt. andre relevante temaer. Fordi arbejdsmiljø fyldte meget under interview, har vi også gennemgået materialet i forhold til, hvordan dette er indarbejdet i regionenes udbud.

### 2.2 Interview

Med afsæt i dokumentanalysen er der i hver region foretaget interview med de præhospitale direktører og repræsentanter for ambulancepersonalet. Hertil har vi interviewet to udvalgte leverandører og to forskere/eksperter.

De præhospitale direktører er interviewet individuelt. To af dem valgte at tage en af deres medarbejdere med til interviewet med den begrundelse, at vedkommende havde særlig viden om de præhospitale udbud og/eller driften af ambulancetjenesten.

Ambulancepersonalet er interviewet kollektivt i to fokusgrupper, én på Sjælland, og én i Jylland. Det var som afsæt ønsket, at der skulle medvirke to repræsentanter fra hver region ved disse interview. RUS stod for rekrutteringen. Som følge af frafald var der kun fire regioner repræsenteret ved interview. Derfor valgte vi efterfølgende at afholde et telefoninterview med én repræsentant for ambulancepersonalet fra den region, der ikke var repræsenteret under fokusgruppeinterviewet.

De to leverandører er – ligesom de to forskere/eksperter – udvalgt af VIVE og godkendt af RUS. Leverandørerne er: Falck og Hovedstadens Beredskab. Her har vi i begge tilfælde gennemført individuelle interview med ledende medarbejdere samt evt. personale.

Eksperterne er: Bent Greve, professor på Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv & Changing Societies: Welfare and Diversity ved Roskilde Universitet samt Erika Frischknecht Christensen, overlæge ved Aalborg Universitetshospital, Klinisk Professor og tidligere lægefaglig direktør for det præhospitale område i Region Midtjylland.

Alle interview tog udgangspunkt i den samme, semi-strukturerede interviewguide, der systematisk sikrede, at interviewpersonerne drøftede og diskuterede, hvordan kvalitet, kvalitetsudvikling og innovation er og kan indarbejdes i de præhospitale udbud, generelt og specifikt i forhold til de fire temaer, som RUS ønskede belyst. Endvidere med henblik på at drøfte og kvalificere fordele og ulemper ved de forskellige regionale udbud.

Interviewguiden ses i Bilag 1.

Samtlige interview er foretaget af Iben Emilie Christensen, VIVE (12 interview) og/eller Jakob Kjellberg, VIVE (9 interview). I alle interview blev formålet med interview og undersøgelsen indledningsvist præsenteret. Der er indhentet skriftligt samtykke forud for gennemførelsen af interviewene, og der blev lavet aftaler med informanterne om brug af data, citatgodkendelse og anonymitet. Alle interview blev optaget med informanternes tilladelse.

På baggrund af lydoptagelserne er der skrevet udførlige referater af alle interview. Ved tvivl om, hvordan givne udsagn skulle forstås, har vi kontaktet informanterne og stillet opklarende spørgsmål. Analysen af data er foretaget via en indledningsvis gennemlæsning og opdeling af materialet i forhold til kvalitetsudvikling, innovation og barrierer og muligheder for at indarbejde disse fremadrettet. Efterfølgende er der foretaget en mere detaljeret analyse af data baseret på meningskondensering (Kvale 1997). Her har vi identificeret forskelle og ligheder i informanternes udsagn og deres opfattelser af, hvordan kvalitetsudvikling og innovation indgår i de seneste regionale præhospitale udbud, og barrierer for at indarbejde det fremadrettet.

### 3 Udbudstype og styringsmodel

Formålet med dette kapitel er at beskrive de regionale udbudstyper og styringsmodeller. Erfaringerne med de forskellige udbudstyper og styringsmodeller diskuteres i afsnit 5.3.

#### 3.1 Udbudstype

Udbuddene på det præhospitale område har i alle regioner været tilrettelagt som traditionelle udbud (Forrer et al. 2014). Dermed har regionerne påtaget sig hovedansvaret for at definere, hvad der er ønskværdig kvalitet og innovation på det præhospitale område, samt for at fastlægge betingelserne, der skal sikre, at det opnås.

Inden for denne type udbud er tildelingskriteriet lovfastsat, men ordregivere har mulighed for at vælge mellem kriterierne: a) laveste pris og b) det økonomisk mest fordelagtige tilbud (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2016). Sidstnævnte består af underkriterier som fx pris, kvalitet og leverings-sikkerhed, organisatoriske og personalemæssige forhold, sociale hensyn mv., og ordregiveren skal vægte de valgte underkriterier i forhold til hinanden. Konkurrencen om opgaven foregår altså på disse parametre.

I samtlige regioner er det økonomisk mest fordelagtige tilbud valgt som tildelingskriterium, og kontrakttildeling er foregået på baggrund af en vægtning af underkriterierne økonomi, kvalitet og leveringssikkerhed, jf. tabel 3.1. I alle regioner er økonomi vægтет som det vigtigste underkriterium (40-60 % jf. tabel 3.1).

**Tabel 3.1** Regionernes vægtning af underkriterier

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Økonomi	60 %	40 %	50 %	55 %	50 %
Kvalitet	20 %	35 %	25 %	35 %	40 %
Leveringssikkerhed	20 %	25 %	25 %	10 %	10 %

Kilde: De fem regioners udbudsmateriale

Dermed har udbuddene været tilrettelagt på en måde, som stimulerer konkurrence særligt på pris og i nogen grad på kvalitet og leveringssikkerhed. Når kvalitet og leveringssikkerhed vægter lavere end økonomi, kan det hænge sammen med, at regionerne typisk har stillet en række krav til leveringssikkerhed og kvalitet i mindstekravene.

Udbudsretligt skelnes der traditionelt mellem krav og mindstekrav:

- Mindstekrav skal ubetinget opfyldes, for at tilbuddet kan komme i betragtning. Mindstekrav må som følge af deres særlige karakter ikke indeholde skønsmæssige elementer, men skal være objektive, konstaterbare, entydige og præcise.
- Krav kan – og vil ofte – indeholde skønsmæssige elementer, der giver tilbudsgiver mulighed for at levere en individuel kravopfyldelse, der kan danne grundlaget for tilbudsevalueringen. Selve formuleringen af kravet skal dog stadig være entydig og præcis (Krüger & Böwadt).

Når regionerne vælger at stille krav til leveringssikkerhed og kvalitet som en del af mindstekravene, indebærer det, at de påtager sig ansvaret for at definere, hvilke krav til opgaveløsningen der er vigtige for leveringssikkerheden og kvaliteten, mens det i mindre grad overlades til leverandørerne at byde ind med de forslag, som de mener, er væsentlige. Desuden indebærer det, at der fortrinsvis fokuseres på løsninger, som allerede er kendte af regionerne.

## 3.2 Styringsmodeller

I ambulancetjenesten kan man principielt skelne mellem to forskellige styringsmodeller til at organisere indsatsen: en beredskabsmodel og en responstidsmodel. I regionernes seneste udbud af den præhospitale indsats har Region Nordjylland og Region Sjælland valgt en responstidsmodel mens Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Hovedstaden har valgt en beredskabsmodel. De to styringsmodeller beskrives kort i det følgende.

En *responstidsmodel* indebærer, at leverandøren har ansvaret for dimensioneringen og disponeringen af beredskaber. Typisk skal leverandøren leve op til et responstidskrav, som bliver opgjort som et gennemsnit over en given tidsperiode. Responstidsmodellen betyder derfor, at leverandøren/erne (som også kan være regionen selv<sup>1</sup>) har ansvar for at tilrettelægge og udføre hele driften, men også frihed til at op- og nedskalere beredskaber afhængig af aktiviteten. Ordregiveren vil følge op på, om leverandøren/erne overholder de aftalte responstider, og kan pålægge leverandøren/erne bod ved forsinkelse, der rækker ud over den fastlagte responstid. Ordregiveren har derudover begrænset detailkendskab i forhold til den konkrete tilrettelæggelse (Rigsrevisionen 2013).

En *beredskabsmodel* betyder, at ordregiveren køber et specificeret antal beredskaber til et fastsat klokkeslæt på givne geografiske positioner. Det er leverandøren/ernes opgave at sørge for, at bilerne er køreklare til aftalt tid, på aftalt sted og bemandede med det aftalte mandskab. Det er derfor også ordregiverens ansvar at fastlægge omfang og placering af beredskaberne. Ordregiveren vil/bør følge op på, om leverandøren/erne leverer de aftalte beredskaber, og såfremt det ikke er tilfældet kan ordregiveren pålægge leverandøren/erne bod. Monitoreringen af driften kan ske via opgørelser over 'nedetid', dvs. den tid, som et beredskab ikke er disponibel for en ordregivers AMK-vagtcentral. Ved en beredskabsmodel vil ordregiveren typisk også disponere beredskaberne. Dermed har ordregiveren også ansvar for at sikre, at beredskaberne bliver udnyttet mest hensigtsmæssigt under de givne rammebetingelser (fx arbejdstidsregler og overenskomstaftaler). Ordregiveren bliver altså medansvarlig for overholdelsen af responstidsmålene (Rigsrevisionen 2013). I beredskabsmodellen har ordregiver et større driftsansvar end i responstidsmodellen, og det stiller højere krav til ordregiveren om at have indsigt og viden om, hvordan driften fungerer for at kunne præcisere antallet af beredskaber ved udbud og udvikle nye organisatoriske løsninger mv.

Ifølge de interviewede præhospitale direktører giver responstidsmodellen større fleksibilitet og frihed hos leverandøren/erne til selv at planlægge og disponere over de præhospitale ressourcer. Leverandøren/erne skal overholde de kontraktligt fastsatte servicemål, men det er leverandøren/erne, som beslutter, hvor mange beredskaber der skal være til rådighed på et givent tidspunkt, for at leverandøren/erne kan overholde responstidsmålene. Det giver større fleksibilitet for leverandøren/erne til at tilrettelægge driften, så ressourcerne udnyttes på den måde, som leverandøren/erne finder mest hensigtsmæssig. Eftersom driftsopfølgningen bygger på resultatmål uden detaljeret kontrol af driften, hviler denne styringsform på en udviklet tillid til, at leverandøren/erne respekterer og arbejder i overensstemmelse med de fælles mål og driftsbetingelser, som er fastsat. Responstidsmodellen forudsætter altså et generelt mindre regionalt detailkendskab til, hvordan driften varetages, og kan opleves som mere fleksibilitet fra leverandøren/erne i forhold til at udnytte ressourcerne bedst muligt. Til gengæld giver det regionen færre muligheder for at præge udviklingen på det

---

<sup>1</sup> Dette er eksempelvis tilfældet i Region Hovedstaden, hvor lægebilerne er regionens egne.

præhospitale område. I valget mellem de to styringsmodeller er det således relevant at overveje, om regionen har tekniske og administrative ressourcer og ekspertise, der kan sikre, at fx arbejdsmiljø bedst tilgodeses i en beredskabsmodel, eller om opgaven bør overlades til leverandøren/-erne i en responstidsmodel.

Med skiftet i styringsmodellen fra en responstids- til beredskabsmodel følger altså også et mere direkte ansvar for at fastlægge bl.a. antallet af beredskaber og dermed specificere de driftsbetingelser, der skal sikre høj kvalitet i ydelserne, herunder også de mere kulturbårne kvalitetsparametre, som ønskes bevares, men som ikke nødvendigvis har været nedskrevne i den tidligere udbudsmodel. I beredskabsmodellen flyttes en del af risikoen fra leverandøren/-erne til regionen, hvor ordregiver igennem kontraktperioden kan risikere at skulle tilkøbe yderligere beredskaber, såfremt det bestilte antal beredskaber ikke viser sig tilstrækkeligt.

Den økonomiske risiko, der er ved drift af det præhospitale beredskab, er placeret forskelligt i de to modeller. I beredskabsmodellen er det ordregiver, der løber den økonomiske risiko. I responstidsmodellen er det leverandøren/-erne, der løber den økonomiske risiko. Teoretisk set er det sådan, at en meget stor organisation, som en region, prisfastsætter finansielle risici lavere end en lille organisation (Pass et al. 2005). Det betyder, at den samlede pris for en beredskabsmodel teoretisk set vil være lavere end prisen for en responstidsmodel, da regionens risikopræmie er mindre end leverandørens/-ernes.

Hvis markedsforudsætningerne ændrer sig i negativ retning i udbudsperioden, vil det i begge modeller i praksis lægge pres på de budgetansvarlige. Mindstekravene skal ufravigeligt opfyldes, mens der er større mulighed for nedprioritering af øvrige krav, med mindre disse er meget klart defineret i udbudsmaterialet.

### 3.3 Opsummering

De regionale udbud af den præhospitale indsats har i alle regioner været tilrettelagt som traditionelle udbud. Dermed har regionerne, foruden det der allerede er beskrevet i Ambulancebekendtgørelsen (Sundheds- og Ældreministeriet 2016b), påtaget sig hovedansvaret for at definere, hvad der er kvalitet og innovation på det præhospitale område. I samtlige regioner er det økonomisk mest fordelagtige tilbud valgt som tildelingskriterium, og kontrakttildeling er foregået på baggrund af en vægtning af underkriterier som økonomi, kvalitet og leveringssikkerhed, hvor alle regioner har vægtet økonomi som det vigtigste underkriterium.

I ambulancetjenesten kan man principielt skelne mellem to forskellige styringsmodeller til at organisere indsatsen: en beredskabsmodel og en responstidsmodel. Region Nordjylland og Region Sjælland har valgt en responstidsmodel, mens Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Hovedstaden har valgt en beredskabsmodel.

Beredskabsmodellen stiller store krav til ordregiver om at have dybdegående indsigt og viden om, hvordan driften fungerer, da det i vid udstrækning er ordregiver, der kontrollerer og bærer risikoen, hvis markedsforudsætningerne ændrer sig. Til gengæld er den samlede pris teoretisk set lavere.

Responstidsmodellen stiller færre krav til ordregiver, idet ansvaret for organisering og dimensionering i højere grad ligger hos leverandøren/-erne, og idet det er leverandøren/-erne, der løber risikoen, hvis markedsforudsætningerne ændrer sig. Til gengæld er den samlede pris teoretisk set højere.

Jo større konkurrencen på markedet er, des mindre vil det økonomiske råderum for leverandøren/-erne være, når markedsforudsætningerne ændrer sig. Dette vil i begge modeller medføre en risiko for ensidigt fokus på opfyldelse af mindstekravene i udbudsmaterialet.

## 4 Kvalitet, kvalitetsudvikling og innovation i regionernes udbud

Dette kapitel har til hensigt at beskrive, hvordan og hvorvidt kvalitet, kvalitetsudvikling og innovation er indarbejdet i regionernes udbud af den præhospitale indsats. Kapitlet bygger på analyse af regionernes udbudsmateriale og interview med præhospitale direktører, ambulancepersonale, eksperter og leverandører.

Kapitlet er struktureret således, at vi først redegør for, hvordan kvalitet samt forskning og udvikling er indarbejdet i regionernes udbud. Herefter gennemgår vi hver af de følgende emner: teknologisk innovation, behandlingsmæssig innovation, organisatorisk innovation og uddannelsesmæssig innovation. Arbejdsmiljø fyldte meget ved interview og har derfor også et selvstændigt afsnit.

### 4.1 Kvalitet

Gennemgang af regionernes udbudsmateriale viser, at beskrivelse af og indarbejdelse af begrebet *kvalitet* foregår forskelligt i de fem regioner. Overordnet har regionerne vægtet kvalitet som et af de tre underkriterier, som vægter mellem 20 % i Region Nordjylland til 40 % i Region Hovedstaden. Derudover vægter underkriteriet kvalitet 35 % i Region Midtjylland, 35 % i Region Sjælland og 25 % i Region Syddanmark. I interviewene med de præhospitale direktører, ambulancepersonalet, leverandører og eksperter beskriver de, hvilken forståelse de har af kvalitet i forbindelse med udbud af den præhospitale indsats. I den forbindelse sættes der fokus på en række parametre, som bliver beskrevet i det følgende.

#### *Den Danske Kvalitetsmodel*

Fælles for alle regionerne er, at de i deres udbudsmateriale stiller mindstekrav med henvisning til Den Danske Kvalitetsmodel<sup>2</sup> (DDKM). Det fremgår af regionernes udbudsmaterialer, at leverandørerne skal leve op til standarder i DDKM gældende for det præhospitale område. Også i interviewene sætter særligt de præhospitale direktører fokus på DDKM som et parameter for god kvalitet. Opfattelsen blandt de præhospitale direktører er, at kvalitetskravene i DDKM er høje og ret præcist beskrevet. En præhospital direktør udtaler i den henseende, at de i udbuddet har sat mindstekravene på baggrund af DDKM, og de konstaterede, at de ikke kunne ønske sig mere, end der allerede var beskrevet i DDKM omkring kvalitet. DDKM fungerer dog primært som akkrediteringsstandarder, dvs. at man sikrer, at en given etableret klinisk praksis overholdes, mens nye tiltag, som ændrede vagtformer eller nyt muligt udstyr, kun i mindre grad adresseres i DDKM. Figur 4.1 giver en oversigt over indholdet i 2. version af DDKM for det præhospitale område.

---

<sup>2</sup> Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et aftalebaseret kvalitetssystem, der er med til at sikre kvaliteten i de helt eller delvist offentligt finansierede sundhedsydelser. DDKM er et nationalt system til kvalitetsudvikling på tværs af alle sektorer i sundhedsvesenet, og som består af en række målsætninger for god kvalitet, som de enkelte behandlingssteder skal leve op til. Målsætningerne kaldes akkrediteringsstandarder (IKAS 2014).

**Figur 4.1** Oversigt over indhold i DDMK for det præhospitale område



Note: DDMK omfatter den del af det præhospitale forløb, der strækker sig fra modtagelsen af en melding hos regionens AMK-vagtcentral, til patienten afsluttes på stedet eller overdrages til anden aktør i sundhedsvæsenet. Akkrediteringen omfatter den enkelte regions ansvarsområde inden for det præhospitale område – og således også de opgaver, som regionerne måtte vælge at lade udføre af eksterne leverandører fx ambulancedrift (IKAS 2014).

Kilde: IKAS 2014

### *Utilsigtede hændelser*

Regionerne stiller krav om, at ambulancepersonalet indrapporterer utilsigtede hændelser (UTH'er), samt at de medvirker til analyse af det. Det er dog forskelligt, om de krav, der vedrører indrapportering af og opfølgning på UTH'er, er formuleret som mindstekrav, konkurrencekrav- eller uspecificeret. I Region Syddanmark er både indrapportering og opfølgning formuleret som mindstekrav. I Region Midtjylland er registrering af UTH'er formuleret som mindstekrav, mens håndtering af disse med henblik på læring og forebyggelse er formuleret som konkurrencekrav. I Region Hovedstaden er både indrapportering, forebyggelse, analyse og opfølgning af UTH'er indskrevet som mindstekrav i udbudsmaterialet. I Region Sjælland er indrapportering og opfølgning formuleret som konkurrenceparametre under hovedkriteriet kvalitet. I Region Nordjylland er indrapportering af UTH'er fastsat som mindstekrav, mens forebyggelse og opfølgning indgår som konkurrencekrav. Interviewpersonerne i denne undersøgelse italesætter arbejdet med UTH'ere som et bevis på god kvalitet, hvor man forsøger at arbejde målrettet med at skabe værdi for bl.a. ambulancepersonale og for patienter.

## 4.2 Forskning og udvikling

Der er betydelig forskel på, hvordan forskning og udvikling indgår i regionernes udbudsmateriale.



Region Hovedstaden har lagt forholdsvis stor vægt på forskning og innovation sammenlignet med de andre regioner. Forskning og innovation indgår både i mindstekrav og som et konkurrenceparameter, der tillægges forholdsvis stor vægt<sup>3</sup>. Forskning og innovation vurderes på baggrund af leverandørens beskrivelse af sin forsknings- og innovationsindsats og derudover tillægges det positiv vægt, at *"den tilbudte forsknings- og innovationsindsats indeholder klare målsætninger og målbare succeskriterier for leverandørens forskning og innovation, at forsknings- og innovationsindsatsen understøttes effektivt organisatorisk, samt at leverandørens interne procedurer for forsknings- og innovationsaktiviteter understøtter, at aktiviteterne initieres og gennemføres i samarbejde med ordregiver"* (Region Hovedstadens Udbudsbetingelser). I Region Hovedstadens kravspecifikation står følgende mindstekrav til leverandørens forsknings- og udviklingsaktiviteter:

- *"Leverandøren er forpligtet til at fremme forsknings- og innovations aktiviteter med henblik på udvikling og optimering af drifts-, sundheds- eller patientsikkerhedsmæssige forhold i den præhospitale indsats.*
- *Leverandøren skal årligt indrapportere en oversigt over igangværende forsknings og innovationsaktiviteter til ordregiver.*
- *Leverandøren og dennes personale skal på ordregivers anmodning medvirke aktivt til gennemførelse af ordregivers forsknings- og innovationsaktiviteter, herunder frembringelse af relevante data. Indsatsen skønnes ikke at overstige gennemsnitligt 37 timer årligt per delaftale.*
- *Leverandøren kan deltage i eller bidrage til forskning eller kvalitetsudvikling, herunder afprøvnings af nyt udstyr, relateret til opgaver og ydelser, der hører under leverandørens kontrakt med Region Hovedstaden, under forudsætning af ordregivers skriftlige godkendelse samt kreditering af Region Hovedstaden"* (Region Hovedstadens kravspecifikation for Ambulanceberedskab).

I Region Nordjylland er det specificeret, at det vægtes positivt, hvis leverandøren kan foreslå potentielle præhospitale forskningsprojekter, der kan udføres i samarbejde med regionen. Derudover er der følgende delkriterier i Region Nordjyllands udbudsmateriale:

- *"At der for lægen dokumenteres kontraktrelevant erfaring, herunder kontraktrelevant forsknings- eller kvalitetsudviklingserfaring.*
- *At Leverandøren tilbyder en organisation med andre sundhedspersoner, der understøtter den ambulancefaglige udvikling, forskning og kvalitetssikring.*
- *At Leverandøren tillige kan vedlægge en oversigt over potentielle præhospitale forskningsprojekter til udførelse i samarbejde med Regionen i Kontrakt-perioden"* (Region Nordjyllands udbudsmateriale).

Forsknings- og udviklingsprojekter, der relaterer sig til Region Nordjylland, skal godkendes af og etableres i samarbejde med regionens præhospitale leder. Derudover skal tilbudsgiveren redegøre for, hvordan de vil: *"organisere og tilrettelægge kvalitetssikring og kvalitetsudvikling på ambulanceområdet, herunder hvorvidt Leverandøren ud over en læge tillige har ansat/vil ansætte sundhedsfaglige personer til varetagelse af den ambulancefaglige udvikling, forskning og kvalitetssikring"* (Region Nordjyllands udbudsmateriale 2014).

I Region Midtjylland har VIVE ikke kunnet identificere specifikke krav til forskning og udvikling ud over, at korpslægen skal have relevant forskningserfaring, og at leverandøren skal være indstillet på at bidrage til regionens forskning, fx via dataregistrering. Derudover står der følgende:

---

<sup>3</sup> Forskning og innovation indgår i Region Hovedstadens udbudsmateriale som et kvalitetsparameter. Kvalitet vægtes som underkriterium med 40 %. Derudover er der tre forskellige kvalitetsparametre, hvoraf forskning og innovation indgår som et selvstændigt konkurrenceparameter med forholdsvis stor vægt på 30 %.

- *"Leverandørens korpslæge vil skulle indgå i møder vedrørende de planlagte og igangværende forskningsprojekter"*
- *"Alle forskningsprojekter, som Leverandøren planlægger at indgå i, og som vedrører det præhospitale forløb og den præhospitale patient, skal godkendes af Præhospitalet før iværksættelse, og Præhospitalet skal inddrages allerede i planlægningsfasen. Leverandøren skal indgå i Kundens forskningsprojekter efter Kundens ønske og modtager ikke særskilt betaling herfor. Leverandøren er forpligtet til at samle behandlingsdata om to konkrete patientgrupper pr. år med henblik på monitorering" (Region Midtjyllands kontrakt om levering af ambulancetjeneste).*

Som det også var tilfældet i Region Midtjylland, har VIVE ikke kunnet identificere specifikke krav til forskning og udvikling i Region Sjællands udbudsmateriale ud over, at korpslægen skal have relevant forskningserfaring, og at leverandøren skal være indstillet på at bidrage til regionens forskning, fx via dataregistrering. Derudover er der skrevet følgende vedrørende kvalitetsudvikling og kvalitets sikring i Region Sjællands udbudsmateriale:

- *"Tilbudsgiver skal beskrive, hvorledes tilbudsgiver vil organisere kvalitetsarbejdet, og hvilke ressourcer der vil indgå heri, herunder redegøre for, hvordan tilbudsgiver vil organisere og tilrettelægge kvalitetssikring og kvalitetsudvikling på ambulanceområdet" (Region Sjællands udbudsmateriale).*

I Region Syddanmarks udbudsmateriale står anført, at tilbudsgiverne bedes specificere planer for udvikling af ordregiverens præhospitale område. Det er et konkurrenceparameter, og punktet indgår som én parameter ud af 16 for delunderkriteriet 'Kvaliteten af leverandørens tilbudte generelle ydelser'. Der står følgende om udvikling af det præhospitale område:

- *"Det vurderes positivt, at den tilbudte løsning indeholder tilbudsgivers planer for udvikling af ordregivers præhospitale område.*
- *Jo mere relevante, specifikke, målbare, realistiske og tidsfastsatte planer for udvikling af det præhospitale område – des bedre vurdering*
- *Leverandøren bedes angive (maks. 2.600 anslag) et resume af leverandørens tilbudte planer for udvikling af ordregivers præhospitale område" (Region Syddanmarks udbudsmateriale)*

Derudover er det et mindstekrav, at ordregiver skal godkende leverandørens igangsættelse og/eller deltagelse i forskning eller kvalitetsudvikling i samarbejde med ordregivers sygehuse mv.

Det kan konstateres, at regionerne prioriterer forskning og innovation forskelligt i udbuddene. Der ses ikke nogen sammenhæng mellem regionernes valg af styringsmodel, og hvor de placerer ansvar for forskning og innovation. Ifølge interviewene sker der ikke umiddelbart nogen systematisk koordination eller samarbejde mellem regionerne om forsknings- og innovationsdagsordenen inden for den præhospitale indsats. Området er ifølge interviewpersonerne præget af få og toneangivende lægelige ledelser, som har divergerende opfattelser af, i hvilket omfang leverandører skal involveres i udviklingsarbejde, og hvordan arbejdet skal tilrettelægges mellem faggrupper mv. Fra medarbejderside opleves de forskellige tilgange og prioriteringer som frustrerende og ubegrundede. De har et ønske om at forstå bevæggrunde for de variationer, der er mellem regionerne.

Til trods for de variationer, der er imellem de regionale udbud – og de forholdsvis markante forskelle, der kan observeres i synspunkterne mellem de toneangivende lægelige ledelser – er det vanskeligt at spore betydningen i praksis. Vi har afholdt interview i alle fem regioner, og selv om vi målrettet har spurgt ind til dette, har det ikke været muligt at identificere nogen mere konkrete forskelle i

praksis. Leverandørerne angiver, at de har svært ved at differentiere sig i forhold til forskning og udvikling. De kan angive en interesse og positiv indstilling, men oplever ikke, at det er det, de vinder et udbud på.

### 4.3 Teknologisk innovation

I udbudsmaterialerne specificeres der generelt ganske præcise minimumskrav til de enkelte beredskaber, hvad angår teknologi og udstyr. Den følgende liste er eksempler på minimumskrav til udstyr. Listen er ikke udtømmende. Eksemplerne er:

- Elektriske ambulancebåre
- Elektrisk bærestol/trappestol
- Hjertekompressionsmaskine/Lucas
- Elektriske sug
- Smertebehandling med instanyl
- Defibrillator
- PPJ – Præhospital Patient Journal
- Paramedicinerbemandede akutbiler
- Nye køretøjer
- Ambulancernes indretning/placering af udstyr i bårerummet
- Video og musik i ambulancerne
- Måling af CO<sub>2</sub> i blodet (kapnografi)
- Letvægtsflasker.

Langt det meste af det udstyr, der stilles krav om, er det samme i de fem regioner. De forskelle, der var, blev diskuteret ved interview – herunder særligt de elektriske ambulancebåre og hjertekompressionsmaskinen (Lucas):

De elektriske ambulancebåre blev nævnt af ambulancepersonalet som et eksempel på en væsentlig teknologisk innovation med positiv betydning for såvel patientsikkerhed som arbejdsmiljø. Det er forskelligt fra region til region, om der er indført elektroniske ambulancebåre, og i givet fald, om det er i alle – eller kun i nogle ambulancer. Ambulancepersonalet oplever, at de regionale udbud i Region Sjælland og Region Hovedstaden har været brugt som løftestang for indførelsen, idet de elektroniske ambulancebåre har været beskrevet som mindstekrav. Dette har endnu ikke været tilfældet i de øvrige regioner.

Lucas-maskinen blev ligeledes nævnt af ambulancepersonalet som et eksempel på en væsentlig teknologisk innovation, der ikke var indført i alle regioner. Her mente de ligeledes, at udbuddene kunne bruges som løftestang. De præhospitalt direktører mente dog ligesom leverandørerne, at det i dette tilfælde gav mening at tage højde for geografiske forskelle. Hjertekompressionsmaskinen (Lucas) giver god mening ved kørsel over lange afstande, som det typisk er tilfældet i landområder, men behøver ikke at være i de ambulancer, der kører i centrum af København, hvor der er relativt kort afstand til nærmeste hospital.

Interviewpersonerne giver generelt set indtryk af, at der er sket en betydelig teknologisk innovation på det præhospitalt område, og at udbuddene i høj grad har fungeret som løftestang via præcise kravs-specifikationer. Det fremhæves samtidig, at dette er et område, som udbuddene fungerer godt

på, idet det er muligt præcist at specificere, hvilket udstyr der skal leveres, og da der generelt er en høj prioritering af området i regionerne.

Der kan dog være en udfordring i forhold til indførelse af ny teknologi *imellem* udbuddene, da det økonomiske incitament kun sjældent vil være til stede. Ambulancepersonalet fortæller således, at de oplever en tendens til, at de teknologiske gode løsninger kun kommer, såfremt regionerne har sørget for at indskrive det i udbudsmaterialernes kravsspecifikationer. De oplever ikke, at leverandørerne egenhændigt tager initiativ til at udvikle på ambulancerne mellem udbuddene. Samtidig angiver de, at de rammer, der er stillet i forbindelse med udbuddet, i nogle tilfælde kan gøre det vanskeligt for leverandøren/-erne at videreudvikle udstyret i ambulancen, fx hvis vægtgrænsen for ambulancen er forhindrer indførelsen af en relevant teknologi.

I alle regioner er det formuleret som mindstekrav, at en leverandør skal stille med nye køretøjer ved kontraktperiodens opstart. Dette nævnes både af ambulancepersonalet, leverandører og præhospitale direktører som en stor gevinst, da vurderingen blandt samtlige informanter er, at udbuddene fremmer udviklingen hurtigere, end det ellers ville have været tilfældet, hvis det ikke var indskrevet i udbuddene.

#### 4.4 Behandlingsmæssig innovation

Udbudsmaterialet fra de enkelte regioner behandler generelt set behandlingsmæssig innovation som hensigtserklæringer eller delmål under kvalitet. Der er ingen mindstekrav på dette område.

Interviewpersonerne forklarer dette ved, at emnet er vanskeligt at afgrænse og specificere – og at det gør det svært at udbyde i form af krav om mindstekrav<sup>4</sup>.

For det interviewede ambulancepersonale handler behandlingsmæssig innovation i høj grad om, hvordan de får mulighed for at udvikle og benytte deres faglige kompetencer. De gav i interviewene udtryk for, at der er væsentlige forskelle mellem regionerne i den henseende. Region Midtjylland og Region Sjælland bliver i interviewene italesat som hinandens modpoler, hvor ambulancepersonalet oplever at have færrest muligheder i Region Midtjylland og flest muligheder i Region Sjælland for at udvikle og benytte faglige kompetencer. Ambulancepersonalet var uforstående over for denne regionale variation og ønskede, at deres kompetencer og beføjelser i højere grad var koordineret mellem regionerne. Muligheden for at afslutte patientforløb på stedet, få flere kompetencer, blive fagligt udfordret og få mere ansvar står også højt på det interviewede ambulancepersonales ønskeliste til fremtiden.

Ifølge de præhospitale direktører afspejler variationen i ambulancepersonalets mulighed for at udvikle og benytte faglige kompetencer, at den præhospitale indsats er forskelligt organiseret i regionerne. De forklarede, at forskellene i organiseringen afspejler geografiske forskelle, forskellige præferencer blandt regionspolitikere og faglige vurderinger blandt de præhospitale direktører. I eksempelvis Region Sjælland arbejdes der med en model, hvor man gør meget brug af paramedicinere i den præhospitale indsats. Derfor har regionen kun to lægebiler. For den præhospitale direktør i Region Sjælland er det netop at skabe en behandlingsmæssig innovation på området, at man udnytter paramedicinernes evner og kompetencer til det yderste. Derfor har de aktivt stillet dette som krav i deres seneste udbud. I kontrast hertil er der i Region Midtjylland ni lægebiler, som ofte ankommer kort tid efter ambulancen på et skadested. Regionens præhospitale direktør vurderer derfor, at det ikke er nødvendigt, at ambulancepersonalet skal varetage mere vanskelige procedurer,

---

<sup>4</sup> Dog kan regionerne godt stille som minimumskrav, at leverandørerne eksempelvis skal medvirke til forsøg, der har til formål at udvikle behandlingsmetoder.

eftersom der hurtigt ankommer en læge. Derfor har de udformet kravene til beredskaber i deres udbud, så det afspejler denne ansvarsfordeling mellem læger og ambulancepersonale. Derudover kan variationen, ifølge ambulancepersonalet og leverandørerne, skyldes, at leverandørernes korpslæger har forskellige tilgange, som kan komme til udtryk ved forskellige faglige krav og arbejdsmetoder i regionerne. På tværs af regionerne er det generelle billede, at ansvarsfordelingen mellem forskellige faggrupper i den præhospitale indsats er blevet fastsat politisk-administrativt i forbindelse med udbuddet. Derved har regionerne i forbindelse med udbuddet påtaget sig hovedansvaret for at sikre den form for behandlingsmæssig innovation, der har at gøre med faglig ansvarsfordeling.

Blandt de præhospitale direktører er der delte meninger om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at ambulancepersonale, som er på samme uddannelsesstrin og i samme stillingskategori (fx ambulancebehandler), har forskelligt råderum i forhold til, hvilken behandling de må påbegynde og varetage i de fem regioner. I interviewene italesættes et potentiale i, på tværs af informanterne, at anvende ambulancepersonalets kompetencer mere og på nye måder i forbindelse med patientbehandling i fremtiden. Blandt de interviewede er der flere forslag til, hvordan regionerne nu og i fremtiden kan indtænke behandlingsmæssig innovation i højere grad i udbuddene, såfremt ambulancepersonalets kompetencer udvikles. Eksempler herpå inkluderer:

- Bruge paramedicinerne til interhospitale transporter.
- Advanced paramedic-model (anvendes i Region Sjælland)
- Afslutte patientforløb på stedet
- Bruge ambulancepersonalet mere i forbindelse med hjemmebesøg og i forbindelse med telemedicin
- Tage blodprøver på stedet, analysere dem, og begynde at give medicin på vej til sygehus<sup>5</sup> (kompetence i Region Midtjylland og Region Nordjylland)
- Generel overvejelse om, at ambulancepersonalets kompetencer kan benyttes andre steder i sundhedssektoren og på tværs af kommuner og regioner, og derved indtænke ambulancepersonalet som ny ressource i sundhedsvæsenet, fx en aktiv rolle på decentrale regionsklinikker.

For at skabe grobund for større grad af innovation på det behandlingsmæssige område, kan det med fordel overvejes at udvikle ambulancepersonalets kompetencer. Hvis regionerne ønsker at understøtte behandlingsmæssig innovation, forstået som udvikling af ambulancepersonalets kompetencer, må det overvejes, hvorvidt dette bedst understøttes via udbud. Indtil nu har forskningen på det præhospitale område været forholdsvis sparsom, og uddannelsen af ambulancepersonalet foregår i mindre miljøer. For at understøtte behandlingsmæssig innovation er det væsentligt at understøtte udviklings- og forskningsaktiviteter. I forbindelse med udbud kan en mulighed være at afsætte dedikerede ressourcer til disse aktiviteter. Da der er tale om aktiviteter, som er af generel relevans for regionerne, og som har et langvarigt perspektiv, forekommer det dog væsentligt at forankre aktiviteterne i indsatser, der tidsmæssigt rækker ud over en udbudsperiode.

## 4.5 Organisatorisk innovation

Der er store forskelle mellem regionerne i de krav, de stiller til organiseringen af det præhospitale beredskab i udbudsmaterialet. Dette afhænger alt overvejende af, om regionen har valgt en beredskabs- eller responstidsmodel, se også afsnit 3.2.

---

<sup>5</sup> I Region Midtjylland og Region Nordjylland kan ambulancepersonalet allerede i dag tage blodprøver i ambulancerne ved visse behandlinger.

I det følgende gennemgår vi de forskelle, der er i de regionale udbud vedrørende stationer og disponering. Vi redegør for ambulancepersonalets oplevelse af manglende tid og stigende arbejdspress, samt – afslutningsvis – om fornemmelsen af, at der er blevet en større afstand fra top til bund, og dermed for muligheden for at få indflydelse på egne arbejdsvilkår.

### *Stationer*

Der stilles generelt set forholdsvis specifikke krav til placeringen af ambulancestationerne i de regionale udbud. Til gengæld er der få krav til indretningen heraf.

Interviewpersonerne påpeger samstemmende, at stationerne har ændret sig i den periode, hvor der er foregået udbud af ambulancedriften. De har fået en mere midlertidig og mobil karakter med mindre komfort og mindre fokus på at sikre ambulancepersonalet et godt fysisk arbejdsmiljø.

Interviewpersonerne forklarer dette med, at leverandørerne ikke ønsker at afsætte og anvende unødige ressourcer på at opgradere og istandsætte stationerne. Samtidig fremhæves det dog også, at udviklingen på det præhospitale område fordrer en større fleksibilitet i forhold til mere mobilt at kunne flytte stationerne, hvorfor der i højere grad anvendes modulbyggerier til stationer i stedet for etablering af faste byggerier.

For det interviewede ambulancepersonale opleves både modulbyggerierne og den manglende istandsættelse af stationer som forringelser. Særligt oplever ambulancepersonalet modulbyggerierne som en klar forringelse af deres arbejdsvilkår, idet nogle af modulerne ikke har varme i garager og andre foranstaltninger, som de faste stationer har.

Udbuddene vil godt kunne anvendes som løftestang for at sikre bedre minimumsstandarder. Det vil være op til regionerne at vurdere, om dette skal prioriteres.

### *Disponering*

I forbindelse med de gennemførte udbud har flertallet af regionerne valgt at hjemtage opgaven med teknisk disponering. Dels for at opnå mulighed for større indsigt i den daglige drift, dels for at kunne råde over redskaber til monitorering af driften og dermed kontraktoverholdelse.

I Region Sjælland er ansvaret for disponering af de præhospitale ressourcer delt mellem regionen og leverandøren således, at det er regionens personale, der beslutter, hvorvidt der skal disponeres en ambulance, mens det er leverandørens personale, der beslutter, hvilken det skal være.

Hjemtagningen af disponeringsopgaven har haft den konsekvens, at leverandørerne ikke på samme måde har mulighed for at kontrollere kørselstiderne for personalet. Det giver et paradoks, idet de som arbejdsgivere er ansvarlige over for personalet – men samtidig ikke er dem, der styrer kørslerne.

Interviewpersonerne oplever, at den skarpe opdeling af kørsels- og disponeringsopgaverne giver udfordringer i praksis. Blandt det interviewede ambulancepersonale er der en oplevelse af, at disponenterne på AMK<sup>6</sup>-vagtcentralerne ikke ved, hvem der kører i hvilke biler. Tidligere var det kollegaer, der disponerede over ambulancerne, hvilket gjorde det mere personligt, og ambulancepersonalet oplevede en større grad af forståelse, end tilfældet er nu. Regionernes disponering giver i nogle tilfælde ambulancepersonalet følelsen af at være et nummer, der bliver flyttet rundt med.

---

<sup>6</sup> AMK er en forkortelse for Akut Medicinsk Koordinering.

Dette er et opmærksomhedspunkt, som kan overvejes i forbindelse med fremtidige udbud på området, da kendskab til personalet og sikring af deres arbejdsvilkår er et vigtigt udgangspunkt for hensigtsmæssig drift af området.

#### *Oplevelsen af manglende tid – større effektiviseringsgrad*

De interviewede leverandører og ambulancepersonale oplever samtidig, at udbuddene har haft den konsekvens, at der ikke er den samme tid til eksempelvis debriefing og defusing. Debriefing og defusing er en form for aflastningssamtale, hvor ambulancepersonalet taler ud om de tanker og følelser, som de måtte have i forbindelse med en svær hændelse. Ifølge leverandørerne skal der være tid til debriefing og defusing, men rent driftsmæssigt er tiden der ofte ikke. Den mere uformelle tid, hvor ambulancepersonalet tidligere tog en kop kaffe på skadestuen og vendte en konkret hændelse med hinanden eller sygehuspersonalet, er der ikke længere plads til.

Ifølge leverandører og ambulancepersonale er det især beredskabsmodellen, der giver disse problemer. Beredskabsmodellen kræver, at man forudsætter en bestemt kapacitetsudnyttelse, og hvis man overskrider kapacitetsgrænsen, skal der indsættes yderligere beredskaber. I responstidsmodellen er der, ifølge leverandører og ambulancepersonale, mere råderum, hvor de kan tilpasse mandskabet efter situationen. I en responstidsmodel kan leverandørerne tilpasse mandskab og køretøjer, så længe det lever op til responstiderne.

Det interviewede ambulancepersonale er samtidig af den opfattelse, at arbejdsbyrden er blevet større, efter at regionerne er begyndt at gennemføre udbud på det præhospitale område. De oplever, at ambulancepersonalet i dag kører mere på deres vagter og dermed bliver mere presset i deres daglige arbejde end tidligere. Eksempelvis arbejder de i dag med reducere af tid på skadestedet som et mål i sig selv. Derudover oplever ambulancepersonalet, at deres pauser er blevet en form for handelsvare i udbuddene mellem leverandører og regioner.

Det er ikke muligt på baggrund af den her undersøgelse at sige noget om, hvilken model der bedst understøtter organisatorisk udvikling. Det er dog klart, at hvis regionen vælger en beredskabsmodel, så er det dem, der har ansvaret for at sikre en hensigtsmæssig udvikling på dette område.

#### *Større afstand fra bund til top*

En konkret pointe, der blev fremhævet ved interview, var, at der sideløbende med introduktionen af de præhospitale udbud, var kommet en større afstand mellem ledelsen og det udførende personale.

Ifølge ambulancepersonalet hæmmes mulighederne for innovation, da de har langt til toppen for at komme igennem med ideer og forslag. I dag oplever det interviewede ambulancepersonale, at hvis de vil igennem med en innovativ løsning eller anden kvalitetsforbedrende idé, skal de først igennem deres eget system på mellemliderniveau, ledelsen og korpslægen. Såfremt ideen eller forslaget sendes videre, skal det først igennem fra nederste organisationslag i regionen og videre op i organisationen. Ambulancepersonalets oplevelse er, at det er demotiverende for arbejdsglæden at være langt væk fra beslutningsprocesserne.

De præhospitale ledere deler i vid udstrækning denne oplevelse og fremhæver, at det kan være et relevant opmærksomhedspunkt i fremtidige udbud.

## 4.6 Uddannelsesmæssig innovation

I det følgende beskrives, hvordan uddannelse er indarbejdet i de regionale udbud på det præhospitale område. I afsnittet inddrages og gennemgås udbudsmaterialerne mere detaljeret, idet elevoptag

og efter- og videreuddannelse er vilkår, som netop søges reguleret via regionernes udbud på området. Ydermere er uddannelse også et fokusområde, som får stor opmærksomhed i samtlige interview i undersøgelsen.

### *Elevoptag*

Det fremgår af regionernes udbudsmateriale, at der er sat krav om uddannelse og elevoptag. En sammenligning af regionernes udbudsmaterialer viser, at der er betydelige forskelle på, hvordan uddannelseskra- v, i form af leverandørernes deltagelse i uddannelsen, indgår i regionernes udbud på det præhospitale område. Niveauet for elevoptag spænder fra 2 % i Region Syddanmark til 10 % i Region Sjælland af de samlede årsværk for ambulancetjenesten. Region Midtjylland og Region Nordjylland har beskrevet, at leverandøren har ansvar for at uddanne nok elever til at sikre en stabil arbejdsstyrke, men har ikke formuleret præcise krav. I praksis betyder det, at det vil være vanskeligt at holde leverandørerne ansvarlige for, om det sker i et tilstrækkeligt omfang. Slutteligt har Region Hovedstaden sat et minimumskrav om optag af to elever pr. delaftale pr. år. Der er altså betydelige forskelle på regionernes krav til elevoptag.

Flere af de præhospitale direktører mener, at det er vanskeligt at sætte helt præcise tal på elevoptaget. I Region Sjælland valgte man at indkalde leverandørerne til dialog om udbuddets sammensætning og udarbejdelse, og diskuterede i den forbindelse antallet af elever. Det var leverandørerne, som kom med et udspil, der endte med at ændre udbuddet. Region Sjælland blev således anbefalet ikke at gå under 10 % elevoptag. Der savnes dog en national afklaring af behovet for elevpladser, og en strategi for den fremtidige fordeling.

Det manglende fokus på, om der sikres et tilstrækkeligt elevoptag i forbindelse med udbud på det præhospitale område, betyder, at der på sigt risikerer ikke at være tilstrækkeligt personale til sikre et kvalificeret præhospitalt beredskab. Tidligere har Falck, som den dominerende leverandør, varetaget en meget betydelig del af uddannelsen af ambulancepersonale i Danmark (Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling 2016). Med ambitionen om at muliggøre større konkurrence på området følger også et ansvar for regionerne.

I KORAs rapport om udbud af den præhospitale indsats i Region Syddanmark (Wadmann et al. 2017) beskrives det, hvordan man af hensyn til at undgå mandskabsmangel på langt sigt er nødt til at medtænke uddannelsesmæssige aspekter ved tilrettelæggelsen af udbud med langvarige kontrakter. Det pointeres, at det er et forhold af mere generel karakter, da langsigtet uddannelsesplanlægning næppe løses optimalt i forbindelse med udbud i hver enkelt region. Derudover pointeres det i rapporten, at mens der må stilles relevante krav til elevoptag m.m. i udbudskontrakter, kalder det på en tværregional indsats at få klarlagt, hvad de relevante krav er (Wadmann et al. 2017). På baggrund af nærværende undersøgelse kan det således forekomme relevant i forbindelse med fremtidige udbudsprocesser at fastlægge det nationale elevoptag gennem en koordineret regional indsats på tværs af alle regioner.

I princippet kan der via udbud godt sikres tilstrækkeligt elevoptag. Det forudsætter dog, at der sker en koordineret planlægning på tværs af regionerne. Dette sker ikke i tilstrækkeligt omfang i dag, og der er betydelig risiko for, at der bliver underinvesteret i forhold til at sikre et tilstrækkeligt elevoptag ved den nuværende udbudspraksis, hvor incitamentet for leverandørerne i forhold til at sikre, at der sker en tilstrækkelig uddannelsesfokus, er relativt svagt i de fleste regioner. Derfor bør ansvaret for, at der sker et tilstrækkeligt optag på uddannelserne, være mere entydigt forankret i regionerne i fælleskab.



### *Efter- og vedligeholdelsesuddannelse*

I det følgende gennemgås en række (og dermed ikke en udførlig liste) af de krav, som regionerne stiller til efter- og vedligeholdelsesuddannelse i udbudsmaterialerne. Herefter inddrager vi interviewene med ambulancepersonalet, som diskuterede betydningen af efter- og vedligeholdelsesuddannelse i interviewene. I Region Syddanmark indgår efter- og vedligeholdelsesuddannelse af ambulancepersonalet som mindstekrav i regionens udbudsmateriale. Blandt andet indgår et krav om, at ambulancebehandlerne får, hvad der svarer til tre undervisningsdage pr. år i gennemsnit i driftsperioden, samt at personalet på liggende sygetransport har gennemført et fire ugers kursus vedrørende sygetransport (Region Syddanmarks udbudsmateriale). Derudover er det et krav, at paramedicinere skal have todages vedligeholdelsesuddannelse pr. år. Af Region Midtjyllands udbudsmateriale er det et mindstekrav, at leverandøren skal tilvejebringe vedligeholdelsesuddannelse til ambulanceassistenter og ambulancebehandlere svarende til minimum tre dage pr. år og minimum fem dage pr. år til paramedicinere. I Region Midtjyllands udbudsmateriale indgår redegørelser og planer for, hvordan personalets kompetencer bibeholdes og udvikles, samt hvordan de enkelte redderes kompetencer kontrolleres løbende, som konkurrencekrav. Efter- og vedligeholdelsesuddannelse indgår i Region Hovedstadens udbudsmateriale som mindstekrav. I det omfang vedligeholdelses- og efteruddannelsen omfatter hospitalspraktik, stilles denne til rådighed af regionen, som afholder udgifter til hospitalerne, mens leverandøren er ansvarlig for, og afholder alle omkostninger til efter- og vedligeholdelsesuddannelse for henholdsvis paramedicinere fem dage årligt, behandlere fire dage årligt og assistenter to dage årligt, alle efter fastlagte retningslinjer. Det pointeres i udbudsmaterialet, at ved kørselspraktik må personalet ikke indgå i driften, og derfor skal leverandøren stille erstatningspersonale til rådighed (Region Hovedstadens udbudsmateriale).

I Region Nordjyllands udbudsmateriale står anført som mindstekrav, at leverandøren skal tilvejebringe vedligeholdelsesuddannelse til ambulancebehandlere svarende til minimum tre dage pr. år i gennemsnit i driftsperioden. For paramedicinere skal der ydes vedligeholdelsesuddannelse i en uge en gang om året. (Region Nordjyllands udbudsmateriale). Derudover indgår bl.a. uddannelsesplaner og planer for kontrol af efter- og vedligeholdelsesuddannelse som konkurrencekrav. I Region Sjællands udbudsmateriale er det et mindstekrav, at ambulancebehandlere og paramedicinere har kompetence til at smertebehandle med Instanyl, som forudsætter, at ambulancebehandlere og paramedicinere følger et kursus af to til fire timers varighed, afholdt af leverandørens lægeligt ansvarlige, hvor denne kompetence opnås. Derudover er der bl.a. fastsat mindstekrav om, at der skal ske efter- og vedligeholdelsesuddannelse for ambulanceassistenter svarende til to dage pr. år, ambulancebehandlere svarende til fire dage pr. år og paramedicinere fem dage årligt. Slutteligt pointeres det, at leverandøren skal medvirke aktivt til rotationsordning for ambulancepersonalet, fx tjeneste i akutbiler, AMK-vagtcentral mv.

Regionerne stiller forskellige krav til løbende vedligeholdelse af kompetencer og efteruddannelse af ambulancepersonalet i deres udbudsmaterialer. Gennemgang af regionernes udbudsmateriale viser, at leverandøren/-erne i alle regioner har ansvar for sit personale, herunder at personalet har de nødvendige kompetencer og at disse kompetencer løbende vedligeholdes og udvikles. Ambulancepersonalet italesætter i interviewene vigtigheden af, at de får efter- og vedligeholdelsesuddannelse. Udvikling og undervisning er, ifølge det interviewede ambulancepersonale, afgørende for deres opfattelse af kvalitet og innovation i regionale udbud. De mener i udpræget grad, at det giver et godt og trygt arbejdsmiljø og giver kvalitet for borgeren. Overordnet set er det dog ambulancepersonalets opfattelse, at efter- og vedligeholdelsesuddannelse er et kvalitetsparameter, som man ikke skeler meget til i udbuddene. Særligt påpegede ambulancepersonalet fra Region Midtjylland, at det ved kørselspraktik i regionen ikke er optimalt at køre simulation samtidig med drift. De sammenligner i den forbindelse med Region Hovedstadens udbudsmateriale, hvor det er beskrevet, at personalet ved kørselspraktik ikke må indgå i driften og derfor skal leverandøren stille erstatningspersonale til

rådighed. Det resterende ambulancepersonale fra de andre regioner er enige i, at kørselspraktik skal holdes afskilt fra driften for at sikre høj kvalitet, dels af de opgaver, som skal løses, og dels for vedkommende, der er under uddannelse.

## 4.7 Arbejdsmiljø

For ambulancepersonalet er arbejdsmiljø et væsentligt aspekt af kvaliteten i den præhospitale indsats. Med kvalitet menes i denne henseende ambulancepersonalets refleksioner over faglig kvalitet, der omfatter de sundhedsfaglige kerneydelser (diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse) samt organisatorisk kvalitet, der omfatter arbejdets tilrettelæggelse, samarbejdsrelationer, sammenhæng i patientforløbet og effektiv ressourceudnyttelse jf. Sundhedsstyrelsen definitioner (Sundhedsstyrelsen 2000).

I det følgende afsnit beskrives først, hvordan og hvorvidt arbejdsmiljø indgår i regionernes udbudsmaterialer. Dernæst inkluderes interviewene for at få præhospitale direktørers, ambulancepersonales, leverandørers og eksperterens syn på, hvordan dette har udmøntet sig i praksis, og hvilke muligheder og udfordringer der er forbundet hermed.

Gennemgang af regionernes udbudsmateriale viser, at alle regioner har indarbejdet hensyn til arbejdsmiljø i deres udbud, men det er forskelligt, hvordan hensynene indgår i udbuddene, og hvor specifikke de er.

Af Region Syddanmark udbudsmateriale fremgår det, at det vurderes positivt, *"at leverandørens køretøjer og materiel i den tilbudte løsning fremmer sikkerheden og arbejdsmiljøet for personalet under de behandlingskrævende ambulancekørsler. Jo mere relevante arbejdsmiljøfremmende forhold for personalet og jo flere af efterfølgende arbejdsmiljøfremmende forhold for personalet der tilbydes - bære, der kan højdejusteres, vippes og/eller længdeforskydes, gode plads- og arbejdsforhold for personalet, sikkerhedsløsninger for personalet under transporten, andre relevante arbejdsmiljøfremmende forhold - des bedre vurdering"* (Region Syddanmark udbudsmateriale). I Region Syddanmarks udbud indgår arbejdsmiljø således som et konkurrenceparameter, hvor de opfordrer virksomhederne til at give et så godt tilbud som muligt, samtidig med at de giver specifikke eksempler på arbejdsmiljøfremmende tiltag, som vægtes positivt i vurderingen.

I Region Sjællands udbudsmateriale står det beskrevet, at leverandøren skal sikre, at *"personalet kan betjene det udstyr og de hjælpemidler, der findes i køretøjerne. Leverandøren skal sikre, at personalet følger gældende lovgivning vedr. håndtering af liggende sygetransport, dette gælder også lovgivning vedr. arbejdsmiljø. Det er ordregivers ansvar at overholde gældende regler for arbejdsmiljø i relation til de af ordregiver ansatte medarbejdere samt i forhold til fysiske rammer på AMK-Vagtcentralen. Fysiske rammer på AMK-Vagtcentralen vil således leve op til gældende arbejdsmiljølovgivning. Leverandøren er i sin funktion som arbejdsgiver i øvrigt forpligtet til at opfylde alle relevante arbejdsmiljøkrav over for leverandørens egne ansatte, som leverandøren er forpligtet til ifølge lov"*. Derudover skal ordregiver *"sørge for at basefaciliteterne overholder arbejdsmiljøkrav i gældende lovgivning"* (Regions Sjællands udbudsmateriale). Her præciseres det altså, at leverandøren/-erne skal leve op til gældende arbejdsmiljølovgivning, men leverandøren/-erne ansøres ikke til at konkurrere på dette parameter og dermed levere løsninger, som er bedre end de mindstekrav, der fremgår af lovgivningen.

I Region Hovedstadens udbudsmateriale står det anført som et mindstekrav til leverandørens organisation, at *"leverandøren skal sikre det psykiske arbejdsmiljø for medarbejderne og have klare interne procedurer for håndtering af psykisk belastning i forbindelse med udførelse af opgaver samt*

have interne procedurer for initiering og gennemførelse af debriefing". Derudover tillægges det positiv vægt ved vurderingen af konkurrenceparametrene, at indretningen af de tilbudte køretøjer (inkl. XL-ambulancer) bl.a. understøtter "personalets sikkerhed og et godt ergonomisk arbejdsmiljø for personalet" (Region Hovedstadens udbudsmateriale). Slutteligt står det anført i regionens udbudsmateriale, at leverandøren skal sikre, "at arbejdsmiljømæssige og overenskomstmæssige regler for mandskabet overholdes" (Region Hovedstadens udbudsmateriale). Region Hovedstaden er den eneste region, som eksplicit stiller mindstekrav til både det fysiske og psykiske arbejdsmiljø i udbuddene. Derudover indgår det fysiske arbejdsmiljø også som en konkurrenceparameter i forbindelse med vurderingen af tilbudte køretøjer.

I Region Midtjyllands udbudsmateriale har det kun været muligt at identificere, at "leverandøren har ansvaret for overholdelse af arbejdsmiljø- og overenskomstmæssige vilkår mv." samt at "køretøjet bør være indrettet, så ind- og aflæsning af patient kan foregå arbejdsmiljømæssigt forsvarligt" (Region Midtjyllands udbudsmateriale). Her er det altså fastsat som et konkurrencekrav, at leverandøren lever op til gældende arbejdsmiljølovgivning, og leverandører opfordres til at sikre en indretning af køretøjer, der bidrager til et 'forsvarligt' arbejdsmiljø for ambulancepersonalet – men uden at det nærmere specificeres, hvad et 'forsvarligt' arbejdsmiljø vil sige.

Slutteligt bliver der i Region Nordjyllands udbudsmateriale stillet mindstekrav til, at "sikring af overenskomstmæssige pauser og arbejdsmiljømæssige forhold for ambulancepersonalet påhviler ligeledes Leverandøren" (Region Nordjyllands udbudsmateriale). Derudover skal ambulancerne være udstyret, så de lever op til arbejdsmiljølovgivningen (Region Nordjyllands udbudsmateriale). I Region Nordjylland indgår krav til arbejdsmiljø som mindstekrav, og leverandøren forpligtes til at sikre overholdelse af lovgivningen, men ansføres ikke til at sikre udvikling på området.

Fælles for regionerne er, at de i deres udbudsmateriale pointerer, at leverandørerne skal sikre overholdelse af gældende arbejdsmiljølovgivning. Region Nordjylland specificerer herudover en række mindstekrav til arbejdsmiljøet i deres udbudsmateriale. Region Hovedstaden stiller både mindstekrav og konkurrencekrav til arbejdsmiljøet i deres udbudsmateriale, mens Region Midtjylland og Region Syddanmark formulerer deres krav til arbejdsmiljø som konkurrencekrav.

Interviewene viser, at ambulancepersonalet efterspørger, at regionerne tager mere ansvar for at sikre arbejdsmiljøet fremadrettet i fremtidige udbud, end det hidtil har været tilfældet. De efterspørger flere krav og mere specifikke krav hertil i udbuddene.

Opsummerende kan det i fremtidige udbud af den præhospitale indsats være relevant at overveje, hvordan og hvorvidt der fra regionernes side kan indskrives særlige krav vedrørende ambulancepersonalets arbejdsmiljø. I denne forbindelse kan det også være relevant at inddrage arbejdstager-siden i udbudsprocessen for således at få indblik i, hvilke behov stationerne skal dække set fra medarbejderside. Supplerende kan det være en mulighed, at de mere centralt beliggende ambulancestationer undtages fra udbud, hvorved der kan sikres en mere langsigtet driftsøkonomisk investeringsstrategi i forhold til vedligeholdelse og etablering af relevante faciliteter i forhold til at understøtte et godt arbejdsmiljø.

## 4.8 Opsummering

Regionerne tillægger kvalitet forskellig vægt i udbudsmaterialerne, men alle regioner henviser i deres udbudsmateriale til Den Danske Kvalitetsmodel, hvor leverandørerne skal leve op til standarder gældende for det præhospitale område. Der er enighed blandt de præhospitale direktører, at DDKM

er et parameter for god kvalitet på området. Ligeledes har regionernes udbudsmaterialer det fælles-træk, at de fokuserer på utilsigtede hændelser og håndteringen af disse. Forskellen mellem regionerne er, hvilken betydning de tillægger det i udbuddet.

Forskning og innovation er forholdsvist ukonkret specificeret og overordnet begrænset til, at leverandøren skal deltage i regionens forskningsprojekter. Det vil sige, at regionerne påtager sig ansvaret for forskningen på området.

De regionale udbud på det præhospitale område opleves af samtlige informanter i undersøgelsen at fremme udviklingen, hvad angår teknologiske løsninger, udstyr og materiel. Overordnet set vurderes teknologisk innovation at være den største gevinst, der er kommet på baggrund af de regionale udbud på området. Regionernes krav om udstyr og teknologiske løsninger er af stor betydning for ambulancepersonalets daglige arbejde og arbejdsmiljø. Ambulancepersonalet efterspørger mere ensartet udstyr i køretøjer på tværs af regionerne, mens leverandører og præhospitale direktører påpeger nødvendigheden af forskelligt udstyr og materiel grundet regionernes geografiske forskelle og variation i organiseringen af den præhospitale indsats.

Kvaliteten af stationer til ambulancekørsel opleves som faldende, efter at regionerne er begyndt at udbyde den præhospitale indsats, da leverandørerne kan være tilbageholdende med at vedligeholde og udbygge stationer op til et nyt udbud – og da der generelt ses et større ønske om mobile enheder. Dette kan være et muligt fokuspunkt for fremtidige udbud.

Ambulancepersonalet efterspørger flere kompetencer, faglig udfordring og mere ansvar, fx i forhold til at afslutte patienter mere på stedet. Der er forskel på ambulancepersonalets kompetencer, og dermed hvilken behandling de kan og må udføre på tværs af de fem regioner. Disse forskelle må ifølge de præhospitale direktører ses i sammenhæng med den øvrige præhospitale kapacitet og bemanning, og der bør lægges overordnede planer for udvikling af området.

Konkret angående disponeringen ses der tendens til, at regionerne hjemtager dette arbejde. Det giver i henhold til interviewpersonerne mindre kendskab til det enkelte ambulancepersonale – og mindre mulighed for inddragelse af deres viden og erfaringer i forhold til at sikre en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse og brug af ressourcer. Ambulancepersonalet oplever generelt, at der er kommet et større arbejdspress, og at der er større afstand fra top til bund. Dette kan være et fokuspunkt for fremtidige udbud, hvis regionerne ønsker at inddrage personalets erfaringer.

Af regionernes udbudsmaterialer fremgår samtidig, at der er betydelige forskelle på, hvordan krav til deltagelse i uddannelse indgår i de fem regioner. I og med at uddannelsen er tilrettelagt som en kombination af skoleforløb og praktikperioder uden mulighed for skolepraktik, er leverandørernes elevoptag afgørende for uddannelsen af fremtidigt ambulancemandskab. Elevoptag er af mere generel relevans, og kalder på en tværregional indsats for at få klarlagt en langsigtet uddannelsesplanlægning på området. Det samme gør videre- og efteruddannelsesområdet.

Samtlige regioner pointerer i deres udbudsmateriale, at leverandørerne skal leve op til gældende arbejdsmiljølovgivning. Det varierer mellem regionerne, om de herudover har præciseret mindstekrav og/eller opfordret til konkurrence på området. Det kan forekomme relevant, at regionerne i fremtidige udbud på området stiller flere og mere præcise krav til ambulancepersonalets arbejdsmiljø i deres udbud.

## 5 Tværgående diskussion

Formålet med dette kapitel er at diskutere, hvilke muligheder og barrierer der er for at indarbejde innovation og kvalitetsudvikling i fremtidlige udbud af den præhospitale indsats. Kapitlet bygger videre på og diskuterer fundene fra kapitel 4 med afsæt i interview.

### 5.1 Kvalitetsudvikling og innovation i de regionale udbud

På baggrund af de fem regioners seneste udbud af den præhospitale indsats kan det konstateres, at regionerne generelt har benyttet styringsformer, der lægger op til, at regionerne påtager sig et betydeligt ansvar for at sikre kvalitet og innovation, men at der i de fleste regioner indtil videre fortrinsvis fokuseres på teknologisk innovation. I tråd med det fokus, der er på specifikationen af kontraktvilkår i traditionelle udbud, indtænkes innovation fortrinsvis via konkrete krav til brug af fx bestemt udstyr. Interviewene med de præhospitale direktører, ambulancepersonalet, eksperter og leverandører viser dog, at der bliver gjort mange tanker og overvejelser om innovative ideer og kvalitetsudvikling på en række områder, fx i forhold til muligheder for nye opgavefordelinger og samarbejdsrelationer mellem ambulancepersonale og de øvrige dele af det akutte sundhedsvæsen.

Et af de områder, hvor både dokumentanalyse og interviewdata viser, at udbuddene fungerer bedst, er i forhold til introduktion af kendt teknologi i ambulancerne. Det gælder særligt i forhold til nyt udstyr, som udbuddene på området har skubbet til udviklingen af. Det vurderes af informanterne i undersøgelsen, at der ikke var sket den samme udvikling på området, hvis det ikke havde været fordi regionerne direkte havde krævet fx trappestole, elektriske bårer, telemedicin, hjertekompressionsmaskiner (Lucas), mv. i udbudsmaterialerne. Det pointeres fra samtlige informanter, at udvikling, innovation og arbejdsgange i forhold til at sikre en relevant kvalitetsudvikling er svært at definere, måle og prissætte, hvilket kan gøre det vanskeligt udbudsegnet. Derfor er det relevant at overveje, hvordan det kan sikres sideløbende med – eller som del af – en fremtidig udbudsstruktur.

### 5.2 Barrierer og udfordringer

De udfordringer og barrierer, der er forbundet med at indarbejde kvalitetsudvikling og innovation i regionale udbud af den præhospitale indsats er forskelligartede. I det følgende vil disse blive diskuteret for til slut at opridse en række konkrete overvejelser, som regionerne med fordel kan indtænke i fremtidige udbud på det præhospitale område.

Følgende udfordringer fremstod som væsentlige på baggrund af interview: fleksibilitet i de benyttede kontrakttyper, vanskeligheder med at konkretisere begreberne, økonomiens dominerende betydning, manglende videndeling mellem regionerne og ansvarsfordelingen mellem offentlige ordregivere og private leverandører og manglende inddragelse af ambulancepersonalet i forbindelse med udbudsprocesser og i kvalitetsudviklingsarbejde. I det følgende vil vi redegøre for de nævnte udfordringer.

### *Manglende fleksibilitet i (langvarige) kontrakter*

Det fremgår af de fem regioners seneste ambulancekontrakter, at de løber mellem 5-10 år<sup>7</sup> med mulighed for forlængelse. I den tidligere udbudsrunde på det præhospitale område tilbage i 2009 valgte samtlige regioner at forlænge deres kontrakter. Det skete bl.a. for at sikre mere tid til forbedringen af det forestående udbud (Rigsrevisionen 2014).

Ifølge samtlige informanter i undersøgelsen er der forbundet en del vanskeligheder ved at indarbejde innovation og kvalitetsudvikling i udbud og kontrakter. Innovation og kvalitet er begreber, som er svære at præcisere, specificere og prissætte. Når der er tale om en tiårig kontrakt, som det eksempelvis er tilfældet i Region Syddanmark, vil der ske meget udvikling på området i den mellem-liggende tid. Udfordringen ligger i at udforme så veldefinerede krav, at man ved, hvad man får som region, men samtidig skal der være rum til justeringer og fleksibilitet i kontrakten for at muliggøre innovation og udvikling i fremtiden. Barrieren er, ifølge eksperter og præhospitale direktører, at regionernes udbudsmaterialer skal være så specifikke og konkrete som muligt for at vide, hvad de præcis får i kontraktperioden. Det kræver dog, at regionerne næsten ved mere end leverandørerne for at lave et udbud. Ifølge Bent Greve, professor på Roskilde Universitet, er udbudsmateriale og kontrakt afgørende for den udvikling og innovation, der kommer til at foregå i kontraktperioden. Særligt ved de meget lange kontrakter er det derfor nødvendigt at tage højde for udviklingstendenser inden for feltet undervejs, således det ikke kun er hvert 8. eller 10. år, at regionen har mulighed for at forny den præhospitale indsats eller afprøve nye ideer.

Ifølge en informant fra ambulancepersonalet er det ”*næsten umuligt at opstille et veldefineret udbud, som skal kunne holde otte år frem i tiden – det er vigtigt at indsætte nogle formuleringer eller parametre, der er med til at sikre fleksibiliteten*” (ambulancepersonale). Nødvendigheden af en vis grad af fleksibilitet i kontrakter for at sikre kvalitetsudvikling og innovation i fremtiden bliver italesat af samtlige informanter i undersøgelsen. Balancen mellem at være præcis, konkret og have veldefinerede krav på den ene side står i kontrast med, at kontrakten samtidig skal have rum til justeringer og fleksibilitet, hvor innovative ideer kan afprøves. Region Hovedstaden har som nævnt stillet højere krav til forskning og innovation sammenlignet med de resterende regioner, men da leverandørerne i praksis har svært ved at konkretisere opgaven i praksis, er det tvivlsomt, om modellen reelt kan sikre kvalitetsudvikling i praksis, eller om dette skal ske sideløbende med udbuddet. Dette kan eksempelvis ske ved, at der afsættes puljer i udbuddene, hvor aktørerne i samarbejde kan prioritere udviklingsarbejdet.

En god dialog, gensidig tillid og respekt vurderes at være afgørende for, hvorvidt nye ideer kan afprøves i fællesskab. I øjeblikket vurderer de interviewede i Region Nordjylland, at det er muligt at afprøve nye ideer i fællesskab med leverandøren, men de mener også, at muligheden reduceres hen imod kontraktens ophør, da det ikke er i leverandørens interesse at sætte mange nye initiativer i gang op til et nyt udbud, hvor de ikke ved, om de bliver valgt igen. Det er ikke kun i Region Nordjylland, at dette italesættes. Interview med de resterende præhospitale direktører og ambulancepersonalet fortæller samme historie, hvor leverandørerne opleves som passive op til kontraktophør og en ny udbudsrunde grundet risikoen for at tabe næste udbud. Det betyder, at aktivitetsniveauet stiger og falder i en kontraktperiode, som, ifølge de interviewede i denne undersøgelse, ikke altid fremmer mulighederne for udvikling, kvalitet og innovation. Dette taler for en model, hvor de ressourcer, der afsættes til udvikling og innovation, ikke er direkte koblet til det enkelte udbud, men ligger som en overbygning – evt. koordineret og i samarbejde mellem regionerne. Heri vil det være

---

<sup>7</sup> I Region Syddanmark løber ambulancekontrakten ti år. I Region Midtjylland og Region Nordjylland løber kontrakterne fem år. I Region Sjælland er der tale om en periode på otte år, og i Region Hovedstaden løber ambulancekontrakten seks år.

vigtigt at sikre, at den viden, der ligger hos leverandørerne og ambulancepersonalet, inddrages som afsæt for kvalitetsudvikling samt afprøvning af nye ideer.

#### *Økonomiens betydning for kvalitet og innovation*

Økonomi bliver i interviewene italesat som en af de væsentligste barrierer for at indarbejde kvalitet og innovation i de regionale udbud. Ifølge de interviewede leverandører er der sket en markant forandring i prioriteringen af økonomi, kvalitet og innovation fra før, der blev gennemført udbud af den præhospitale indsats, til i dag. Oplevelsen blandt leverandørerne er, at kvalitet, forskning og innovation tidligere stod øverst på dagsordenen, mens økonomi var sekundær. Opfattelsen er, at økonomien i dag er altafgørende. En sammenligning af regionernes vurdering af underkriterier i udbudsmaterialerne viser, at økonomi vægter mellem 40 % i Region Midtjylland og 60 % i Region Nordjylland. De resterende tre regioner ligger herimellem. Ifølge en leverandør stemmer regionernes oplysninger i udbudsmaterialet om vægtning af økonomi ikke overens med virkeligheden. Leverandøren oplever, at økonomi i virkeligheden vægter i langt højere grad, og måske op til hele 90 % af det samlede. Oplevelsen er, at pris er blevet den afgørende faktor, som ofte presser parametre som kvalitet, forskning og innovation i baggrunden. Hvis der skal hentes midler til kvalitetsudvikling og innovation, oplever leverandørerne, at de er henvist til at søge fonde om finansiering af konkrete projekter. Det, vurderer de, er ressourcekrævende og har den konsekvens, at innovation ikke sker i samme omfang som tidligere.

Det skal overvejes, hvorvidt området på sigt risikerer at blive nedprioriteret, fordi leverandørerne ikke har økonomisk incitament til at satse på forskning og udvikling, hvis ikke regionerne begynder at skrive mere præcise krav ind herom.

#### *Manglende koordination på tværs af regioner*

Manglende evidens, videndeling, koordinering og standardisering på tværs af regionerne, kan give udfordringer for at sikre innovation og kvalitetsudvikling i udbud fremadrettet. Det påpeger flere af de personer, som er blevet interviewet i denne undersøgelse.

Ambulancepersonalets oplevelse er, at de fem præhospitale direktører i landets regioner alle har forskellige holdninger og mål, som har konsekvens for ambulancepersonalets arbejde og brug af kompetencer.

De præhospitale direktører kan ikke genkende til, at de regionale forskelle ikke altid er lige hensigtsmæssige. Opfattelsen af kvalitet, udstyr i køretøjerne, afmærkning på og standardisering af uniformer, og målet for, hvad præhospitalet skal og bør, kunne være bedre koordineret på tværs af regionerne, end det er tilfældet i dag.

Interviewpersonerne fremhæver det i denne forbindelse som risiko ved standardisering, at det bliver laveste fællesnævner, da der er tale om et område, der er kendetegnet ved få systematiske forsøg, og dermed ved en lav grad af evidens i lægevidenskabelig forstand. Hvis der sættes krav om videnskabelig dokumentation for de fælles standarder, kan det risikere at medføre, at en række af de kvalitetsinitiativer, der i dag tages af regionerne, ikke længere vil blive prioriteret. En fælles koordination bør give rum og tilskynde til de regionale forsøg, der er nødvendige for at udvikle området.

#### *Manglende inddragelse af ambulancepersonale*

Inddragelse af ambulancepersonalet i forbindelse med udarbejdelsen af de regionale udbud samt sikring af kvalitetsudvikling og innovation italesættes i flere af interviewene – i særdeleshed af ambulancepersonalet, eksperter og leverandører. Blandt ambulancepersonalet er der et klar ønske om at blive inddraget i langt højere grad, end det er tilfældet i øjeblikket.

Region Hovedstaden er den eneste region, som har nævnt inddragelse af medarbejdere, medarbejdere på ledelsesniveau og medarbejdere med uddannelsesansvar, i deres udbudsmateriale. Det er op til leverandøren at udpege medarbejderne til Region Hovedstadens fire initiativer, som er: Præhospitalt Samarbejdsforum, Sundhedsberedskabs- og Præhospitalt Udvalg, Koordinationsudvalget for kvalitet og Styregruppe for praktik vedrørende ambulance-uddannelser i Region Hovedstaden (Region Hovedstadens udbudsmateriale). I Region Syddanmark har regionen nedsat en arbejdsgruppe, hvor formålet er at se på ambulancepersonalets kompetencer og mulighederne heri. I den forbindelse deltager to af regionens paramedicinere, som, ifølge den præhospitale chef, giver indsigt i dagligdagen og giver forslag til kvalitetsudvikling og innovative fremskridt.

Det kan med fordel overvejes, hvordan medarbejderindflydelse og inddragelse kan indgå i udarbejdelsen af fremtidige udbud på det præhospitale område for at sikre kvalitet og innovation mere fremadrettet. Fordelene ved at inddrage ambulancepersonalet er, at det er dem, der til dagligt udfører arbejdet, sidder i ambulancerne og kender til de udfordringer og muligheder, der er for at højne kvaliteten på det præhospitale område. Det interviewede ambulancepersonales kritik går ud på, at udbuddene bærer præg af, at der er begrænset inddragelse af ambulancepersonalet. Vigtigst for ambulancepersonalet er, at de bliver hørt og inddraget, hvad angår arbejdsmiljø og arbejdstidsbestemmelser. Udover højere grad af inddragelse af medarbejdersiden i kommende udbud, er der andre måder, der kan være med til at sikre kvalitet og innovation i udbud fremover. Dette vil blive behandlet i det følgende.

### 5.3 Hvordan sikres kvalitet og innovation i udbud fremadrettet?

På baggrund af datamateriale og interview med de præhospitale direktører, ambulancepersonalet, leverandører og eksperter diskuterer vi i dette afsnit, hvordan man fremadrettet kan arbejde med at inkludere kvalitetsudvikling og innovation i regionale udbud på området.

#### *Nye udbudsformer*

I de senere år er der i EU's udbudslovgivning åbnet op for mere dialogbaserede udbudsformer, hvor kontraktspesifikationer typisk er mere åbne, og der lægges vægt på mulighed for fleksibel tilpasning i løbet af kontraktperioden gennem et tæt samarbejde mellem leverandør og offentlig myndighed (Brown et al. 2006; Forrer et al. 2014). Den danske udbudslov åbner også op for et mere fleksibelt valg af procedureform, blandt andet ved at udvide muligheden for at anvende Udbud med forhandling samt Konkurrencepræget dialog (Folketinget 2015).

*Udbud med forhandling* er en fleksibel udbudsform, der indebærer, at en ordregiver på baggrund af et indledende tilbud kan gennemføre forhandlinger eller drøftelser med tilbudsgiverne med henblik på at forbedre tilbuddets indhold, så det tilpasses ordregiverens behov (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2016). Udbudsformen kan anvendes, hvis en ordregiver har behov for at undersøge, hvilke løsninger der kan opfylde ordregivers konkrete behov. Det kan for eksempel være, hvis det kræver en tilpasning af tilgængelige løsninger at imødekomme en ordregivers behov (eksempelvis behov for nye funktioner i tilgængelige løsninger), eller hvis tekniske specifikationer ikke kan fastlægges tilstrækkeligt præcist med henvisning til definerede standarder (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2016). Det er ikke et krav, at ordregiver ikke har kendskab til, hvilke løsninger der findes på markedet; forhandlingerne kan benyttes til at finde ud af, hvilke tilgængelige løsninger der bedst imødekommer et behov. Det er heller ikke et krav, at den samlede anskaffelse skal være genstand for forhandling; det er altså muligt blot at forhandle om delelementer af en given opgaveløsning



(Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2016). Dog må der ikke forhandles om 'grundlæggende elementer' i udbudsmaterialet som eksempelvis tildelingskriterierne og mindstekrav (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2016).

*Konkurrencepræget dialog* minder på flere måder om Udbud med forhandling, men konkurrencen går her på at udvikle udbudsgrundlaget. Mens Udbud med forhandling er rettet mod anskaffelser, hvor der på baggrund af et indledende tilbud forhandles med henblik på at forbedre indholdet af tilbuddet, er Konkurrencepræget dialog rettet mod situationer, hvor der er behov for dialog om løsningen af en opgave for at fastlægge, hvordan en ordregivers behov bedst kan opfyldes (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2016).

Udbud med forhandling og Konkurrencepræget dialog adskiller sig fra tekniske dialoger eller anden form for markedsundersøgelse ved, at de giver mulighed for dialog *i løbet af* udbudsprocessen og ikke blot forud for denne. Udbudsformerne åbner dermed mulighed for, at der i samarbejde mellem regioner og leverandører kan udvikles løsninger, som sikrer høj kvalitet og udvikling på det præhospitale område.

Der er kun begrænset erfaring med alternative udbudstyper som Udbud med forhandling og Konkurrencepræget dialog på det præhospitale område. Det kan derfor være relevant for regionerne at se nærmere på og overveje muligheder for at benytte disse nye udbudsformer ved fremtidige udbud.

#### *Tværrregionalt samarbejde*

Fremadrettet peger ambulancepersonale, leverandører, eksperter og flere præhospitale direktører på, at det er væsentligt at bibeholde tværrregionalt samarbejde på området. De efterlyser mere samarbejde mellem regionerne, og de skal være bedre til at udveksle og dele både gode og dårlige erfaringer. Der er dog eksempler på, at regionerne allerede deler viden og samarbejder på det præhospitale område. Det gælder bl.a. regionernes arbejde med udvikling af fælles kvalitetsmål for den præhospitale indsats. Ifølge den præhospitale direktør i Region Hovedstaden har regionerne fundet et fælles fodslag om at koordinere uddannelse, arbejde på 112, hørings svar mv. Derudover er det lykkedes at skabe et forum for præhospital indsats, hvor alle regioner deltager.

#### *Særskilte puljer til forskning og innovation*

En anden måde at sikre kvalitetsudvikling og innovation i udbuddene, kan være i form af særskilte puljer, som sikrer, at midlerne til forskning og innovation er til rådighed i kontraktperioden. En sådan pulje kan være et beløb, som hver region afsætter til innovation og forskning, hvor adgangen kan være betinget af nye ideer. Der kan være tale om et fast beløb, som leverandørerne i fællesskab skal komme med forslag til, hvad det skal gå til. Ifølge Bent Greve kan indarbejdelsen af innovation og kvalitetsudvikling i udbud bedst ske, hvis regionerne koordinerer og deler viden, men han understreger, at dette med fordel kan suppleres af en innovationspulje i hver region. Dog skal man være opmærksom på transaktionsomkostninger i forbindelse med især mindre puljer, hvor udgifterne til drift og administration hurtigt bliver uforholdsmæssigt store i forhold til puljens størrelse.

## 5.4 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at barrierer for kvalitets sikring og innovation i de præhospitale udbud omfatter manglende fleksibilitet i langvarige kontrakter, økonomiske barrierer, manglende koordinering på tværs af regioner samt manglende inddragelse af ambulancepersonalet.

Muligheder for fremadrettet at sikre kvalitetsudvikling og innovation omfatter nye udbudsformer, herunder udbud med forhandling og konkurrencepræget dialog, tværrregionalt samarbejde, herunder forsøg med nye løsningsmodeller, samt særskilte puljer til kvalitetsudvikling og innovation.

## 6 Konklusion og anbefalinger

Det fremgår af undersøgelsen, at der er stor forskel på, hvordan og hvorvidt innovation og kvalitetsudvikling er indarbejdet i de regionale udbud på de fire fokusområder: teknologisk innovation, behandlingsmæssig innovation, organisatorisk innovation og uddannelsesinnovation.

De regionale udbud på det præhospitale område opleves af samtlige informanter i undersøgelsen, at fremme udviklingen, hvad angår teknologiske løsninger, udstyr og materiel. Kvaliteten af stationerne opleves imidlertid som faldende, da leverandørerne kan være tilbageholdende med at vedligeholde og udbygge stationer op til et nyt udbud – og da der generelt ses et større ønske om mobile enheder.

Ambulancepersonalet efterspørger flere kompetencer, faglige udfordringer og ansvar i forhold til behandling. Regionerne stiller forskellige krav til ambulancepersonalets kompetencer, og dermed hvilken behandling de kan og må udføre. De præhospitale direktører anfører, at de forskellige krav skal ses i sammenhæng med regionernes øvrige præhospitale kapacitet og herunder fx geografisk afstand til sygehus og tilgængeligheden af lægebiler. Der savnes dog en fælles afklaring på tværs af regioner på, hvornår og hvorfor opgaver og kompetencer udlægges, og arbejdet tilrettelægges, som det gør.

Ansvar for organisatorisk innovation er forskelligt placeret i beredskabs- og responstidsmodellen. I responstidsmodellen er det op til leverandøren at sikre en hensigtsmæssig allokering af ressourcer med henblik på at sikre den fastsatte responstid. I beredskabsmodellen er der færre frihedsgrader – og dermed et større ansvar for regionen. Ambulancepersonalet oplever desuden, at der er blevet længere afstand mellem dem, der træffer beslutningerne, og dem, der udfører arbejdet. De ønsker en større grad af inddragelse med henblik på at sikre et godt arbejdsmiljø.

I forhold til uddannelsesinnovation er elevoptag samt efter- og videreuddannelse en af de helt store udfordringer for regionerne. I de nuværende udbud er det meget forskelligt hvilke krav, der er stillet i forhold til elevoptag samt efter- og videreuddannelse af ambulancepersonalet. Dette er et område, der udmærket kan sikres via traditionelle udbud – men det forudsætter, at regionerne koordinerer, hvor mange der skal uddannes til hvad og med hvilke kompetencer i regionerne. De regionale udbud er alle tilrettelagt som traditionelle udbud, men adskiller sig ved, hvornår og hvordan de anvender mindstekrav, samt om de gør brug af en responstidsmodel eller en beredskabsmodel. Mindstekrav er velegnede til at sikre minimumsstandarder på veldefinerede områder som fx responstid, antal enheder eller indretning af ambulancer. Elevoptag ville også kunne sikres på denne måde.

På øvrige områder, der ikke så let lader sig specificere, er det relevant at overveje, om kvalitetsudvikling og innovation skal sikres i eller ved siden af udbuddene. Hvis det skal indgå i udbuddene, kan potentialet ved afprøvning af nye udbudsformer være relevante at afsøge. Alternativt bør der etableres særskilte puljer i eller på tværs af regioner til kvalitetsudvikling og innovation.

# Litteratur

- Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale mv. BEK nr. 431 af 18/05/2016. Sundheds- og Ældreministeriet, København.
- Bekendtgørelse om fremgangsmåderne ved indgåelse af offentlige vareindkøbskontrakter, offentlige tjenesteydelseskontrakter og offentlige bygge- og anlægskontrakter. BEK nr. 712 af 15/06/2011). Erhvervs- og Vækstministeriet, København.
- Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet. BEK nr. 971 af 28/06/2016 (Gældende). Sundheds- og Ældreministeriet, København.
- Brown, T.L., Potoski, M. & Slyke D.M.V. (2006). Managing Public Service Contracts: Aligning Values, Institutions and Markets, *Public Administration Review*, 66(3): 323-331.
- Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013). *Afregning med private sygehuse. Baggrundsrapport maj 2013*. København: Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Folketinget, Folketingstidende C (2015). *Udbudsloven. Til lovforslag nr. L 19*. Folketinget, København.
- Forrer, J.J., Kee, J.E. & Boyer, E. (2014). *Governing Cross-Sector Collaboration*. Jossey-Bass, San Francisco.
- IKAS (2014). *Akkrediteringsstandarder for det præhospitale område*. 2. vers., 1. udg. IKAS. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, København & Aarhus.
- Innovationsfonden (U. år). *Sundhed. Investeringsstrategi for Innovationsfonden 2016-2018*. Tilgængelig: <https://innovationsfonden.dk/sites/default/files/investeringstrategi-sundhed.pdf>.
- Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2016). *Udbudsloven – Vejledning om udbudsreglerne*. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, København.
- Krüger, C.G, Böwadt, M., "Sådan gør du din kravspecifikation udbudsegnet". Udbudsportalen. Tilgængelig: <https://udbudsportalen.dk/wp-content/uploads/saadan-goer-du-din-kravspecifikation-udbudsegnet.pdf> (21. 11. 2017).
- Kvale, S. (1997). *Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzel, København.
- Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling (2016). *Børne- og Undervisningsudvalget 2015-16, BUU Alm. del - endeligt svar på spørgsmål 233, offentligt*. Børne- og Undervisningsudvalget Christiansborg, København.
- Pass, C., Lowes, B. & Davies, L. (2005). *Collins Dictionary of Economics*. 4<sup>th</sup> ed. Harpercollins Pub Ltd., Glasgow.
- Pedersen, K.M. (2013). *Sundhedsøkonomi*. Munksgaard, København.
- Region Hovedstaden (2014). *Udbudsbetingelser vedr. EU-Udbud EU NR. 2014/S 123-219416 af ambulanceberedskab i Region Hovedstaden*. Region Hovedstaden, Hillerød.

- Region Midtjylland (U. år). Udbud af ambulancetjenesten i Region Midtjylland. Kontraktbilag 1 Kravspecifikation, Region Midtjylland, Viborg.
- Region Midtjylland (2007). *Notat om udbudsstrategi for EU-udbud af ambulancetjenesten. Notat af 24 okt. 2007.* Region Midtjylland, Viborg.
- Region Nordjylland (2014). *Udbudsmateriale: Udbud af ambulancetjenesten i Region Nordjylland 2014.* Region Nordjylland, Aalborg.
- Region Sjælland (2015). *Kontraktbilag 1 Kravspecifikation. Udbud af ambulancetjeneste m.v.* Region Sjælland, Sorø.
- Region Syddanmark (2007a). *Oplæg til Det særlige udvalg vedrørende tilrettelæggelse af akutbe-  
tjeningen vedrørende udbud af ambulancetjenesten i Region Syddanmark. Notat af 10. januar  
2007.* Region Syddanmark, Vejle.
- Region Syddanmark (2007b). *Udbudspolitik for varer og tjenesteydelser i Region Syddanmark.* Re-  
gion Syddanmark, Vejle.
- Region Syddanmark (2014a). *Udbudsmateriale: Offentligt udbud. Ambulancetjeneste, præhospi-  
tale støtteenheder og liggende sygetransport i Region Syddanmark.* Region Syddanmark,  
Vejle.
- Region Syddanmark (2014b). *Udkast til kontrakt om levering af ambulancetjeneste, præhospi-tale  
støtteenheder og liggende sygetransport mellem Region Syddanmark og XXX.* Region Syddan-  
mark, Vejle.
- Rigsrevisionen (2013). *Beretning om regionernes præhospital indsats.* Rigsrevisionen, Køben-  
havn.
- Rigsrevisionen (2014). *Beretning til Statsrevisionerne om regionernes præhospital indsats.* Rigs-  
revisionen, København.
- Skovgaard, C. & Kjellberg, J. (2015). *Centrale rammevilkår på det regionale sundhedsområde. I  
relation til offentligt udbud af sundhedsydelser.* KORA., København.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2016a, BEK nr. 971 af 28/06/2016 (Gældende) Bekendtgørelse om  
planlægning af sundhedsberedskabet. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2016b, BEK nr. 431 af 18/05/2016 (Gældende) Bekendtgø-  
relse om  
ambulaner og uddannelse af ambulancepersonale m.v. København: Sundheds- og Ældremini-  
steriet
- Sundhedsstyrelsen (2000). Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen  
Version 1.0 d. 16. juni 2000, <http://www.sst.dk>, Sundhedsstyrelsen
- Transporterhvervets Uddannelser (2017). *Ny uddannelse til ambulancebehandler på vej.* Tilgænge-  
lig: <http://www.tur.dk/nyheder/2017/maj/ny-uddannelse-til-ambulancebehandler-paa-vej/> (22.  
05. 2017).
- Wadmann, S., Christensen, I.E. & Kjellberg, J. (2017). *Udbud af den præhospital indsats i Region  
Syddanmark. Evaluering og erfaringsopsamling.* København: KORA.
- Williamson, O.E. (2003). Examining economic organization through the lens of contract. *Industrial  
and Corporate Change*, 12(4): 917-942.

# Bilag 1 Interviewguide

Følgende interviewguide er et eksempel på en guide, og denne er udarbejdet til de fem præhospitale direktører.

Tematikker	Spørgsmål
Intro	<p><b>Præsentation af evalueringen og formål med interview:</b></p> <p>Præsentation af interviewer/interviewere + evt. student.</p> <p>VIVE har fået i opdrag at undersøge, hvordan og hvorvidt kvalitetsudvikling og innovation indgår i de regionale ambulanceudbud, hvilke barrierer der er for at indarbejde det, og hvordan man fremadrettet kan arbejde med det – evt. inkludere det som konkurrenceparametre. Dette med henblik på at sikre fortsat udvikling af ambulancetjenesten, herunder vilkårene for kvalitetsudvikling og innovation uden at gå på kompromis med regionale målsætninger om forsyningssikkerhed og økonomisk effektivitet via konkurrenceudsættelse.</p> <p><b>Om interviewet:</b></p> <p>Forventet varighed</p> <p>Optagelse på diktafon. Det er kun til internt brug, fordi vi ikke kan nå at skrive alt ned, og så jeg bedre kan koncentrere mig om at lytte til det, I siger. Lydfilen opbevares krypteret i lukket mappe hos KORA. Student tager referat.</p> <p>Anonymitet: ikke navns nævnelser – men du kan ikke være anonym qua din stilling som præhospital direktør.</p> <p>Når vi er færdige med interviewet, og I ved, hvad vi har talt om, laver vi en aftale om, hvordan jeg har lov at bruge det, som I har sagt. Ok?</p> <p>Spørgsmål inden vi går i gang?</p>
Præsentation	<p><b>Præsentationsrunde</b></p> <p>Fortæl om dig selv, og hvad dit arbejde består i</p>
Seneste udbud mere generelt	<p>Hvad har din rolle været i det seneste ambulanceudbud i regionen?</p> <p>Hvilke overvejelser gjorde du dig, da I skulle igennem sidste udbudsrunde?</p>
Kvalitet	<p>Hvad forstår du ved begreber som kvalitet og innovation, når vi taler om udbud på det præhospitale område?</p> <p>I hvilken grad har innovation og kvalitetsudvikling været diskuteret i forbindelse med det seneste udbud?</p> <p>Udbudsstrategi og udbudspolitik i regionen?</p> <p>Punkt på dagsordener, hvor udbud har været diskuteret?</p> <p>Hvilke overvejelser har I gjort jer?</p> <p>Hvordan og/eller hvorvidt har kvalitetsudvikling og innovation indgået i de seneste præhospitale udbud?</p>
Teknologisk innovation	<p>Har det seneste udbud øget kvalitet og innovation i forbindelse med teknologi? (fx i form af nyt udstyr såsom elektroniske bærer eller paramedicinerbemandede akutbiler)</p> <p>Har det seneste udbud skabt/bidraget til ibrugtagning af nye innovative løsninger i dagligdagen?</p> <p>Kunne det med fordel have været anderledes?</p> <p>Hvordan kan teknologisk kvalitet og innovation indarbejdes og indtænkes mere hensigtsmæssigt i fremtidige udbud? – giv konkrete eksempler</p>
Behandlingsmæssig innovation	<p>Har det seneste ambulanceudbud givet muligheder for at forbedre den præhospitale indsats? Hvordan? Kan du give konkrete eksempler? I så fald, hvorfor ikke? Fx i forhold til kompetencer, og ansvarsfordeling såsom muligheder for afslutning af patientforløb lokalt?</p> <p>Kunne noget være gjort anderledes?</p>

Tematikker	Spørgsmål
	Hvordan kan behandlingsmæssig innovation indgå mere hensigtsmæssigt i fremtidige udbud? Giv konkrete eksempler
Organisatorisk innovation	Hvordan eller hvorvidt har organisatorisk innovation været indtænkt i det seneste udbud? Fx i forhold til: AMKs disponeringsbeføjelser reglerne om bod forskellige arbejdstilrettelæggelser såsom vagtformer (pausebestemmelser, køretid, effekterne af den "fri disponering" mv.) Er der noget, som kunne gøres anderledes i fremtidige udbud?
Uddannelsesmæssig innovation	Er uddannelse indtænkt hensigtsmæssigt i de seneste udbud? Fx i form af uddannelsespladser? Hvordan har I sikret uddannelse- og videreuddannelse af ambulancepersonalet i det seneste udbud? Hvilke overvejelser har du gjort dig i den forbindelse? Hvad kunne med fordel være gjort anderledes fremadrettet?
Arbejds miljø	Specifikke arbejdsmiljøkrav Sociale klausuler om arbejdsmiljø og specifikke arbejdsmiljøkrav:  Oplever du, at det seneste ambulanceudbud har stillet (større/andre) krav til arbejdsmiljø end hidtil? Hvilke overvejelser har du gjort dig om arbejdsmiljø i udbuddet?
Barrierer og udfordringer/fordele og muligheder	Hvilke barrierer oplever du, der er for at indarbejde kvalitet og innovation i de regionale ambulanceudbud?
Regionerne og læring	Sammenligner man med, hvad andre regioner gør i deres udbud? (Den tværregionale gruppe, som diskuterer udbud) Hvad kan regionerne lære af hinanden i forbindelse med fremtidige udbud?
Status og fremadrettet	Er det din oplevelse, at det seneste udbud har fremmet kvalitet og innovation på praksisniveau? Giv gerne eksempler på hvorfor/hvorfor ikke?  Er de seneste udbud efter din mening tilrettelagt hensigtsmæssigt med henblik på sikring af kvalitet og innovation? I så fald hvordan? I så fald hvorfor/hvorfor ikke? – Hvad kunne være gjort anderledes?  Har du idéer til, hvordan regionerne fremadrettet kan indarbejde og tage højde for kvalitetsudvikling og innovation i kommende udbud?
Afrunding	Har du spørgsmål, inden vi slutter for i dag? Noget vigtigt vi mangler at få afdækket? Må jeg kontakte dig, hvis opklarende spørgsmål? (Husk kontakinfo!) Orienter om processen videre frem i undersøgelsen.  <b>Aftaler om citatgodkendelser:</b> Det er op til dig/jer, om du/l gerne vil godkende citaterne inden, hvis vi citerer noget af det, du/l har sagt. Så kan vi fremsende citaterne til dig/jer i mail, når vi skriver rapporten. Vigtigt at du/l er hurtige til at melde tilbage.  Tak for din tid og deltagelse.

**VIDEN I  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD